

Захворювання серцево-судинної системи



ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ СЕРЦЯ

- Природжені вади серця - це аномалії морфологічного розвитку серця і кровоносних судин, які виникають на 2 — 8 - му тижнях вагітності внаслідок порушення ембріогенезу.
- Серед вад розвитку внутрішніх органів природжені вади серця - на другому місці після ЦНС. Зустрічаються вони серед новонароджених дітей з частотою 0,3-0,8%.
- *Сегодня, благодаря развитию медицины, диагностика пороков сердца у детей стала возможной еще в роддоме, а при некоторых патологиях - на пренатальном (до рождения) этапе.*
- у 10 дітей из 1000 при народженні виявляються пороки серця
- у 1-2 дітей из 1000 эти пороки являються тяжельми, угрожающими жизни состояниями (коарктация аорты, стенот аортального клапана, тотальний аномальний дренаж легочных вен, перерыв дуги аорты и другие)
- не менее чем у 25% дітей с пороками серця захворювання остаються не виявленними при выписке из роддома*

Головні чинники

- алкоголізм,
- цукровий діабет,
- тиреотоксикоз,
- вірусні інфекції, перенесенні у перші місяці вагітності,
- хронічні інфекції,
- застосування деяких лікарських препаратів
- спадковість

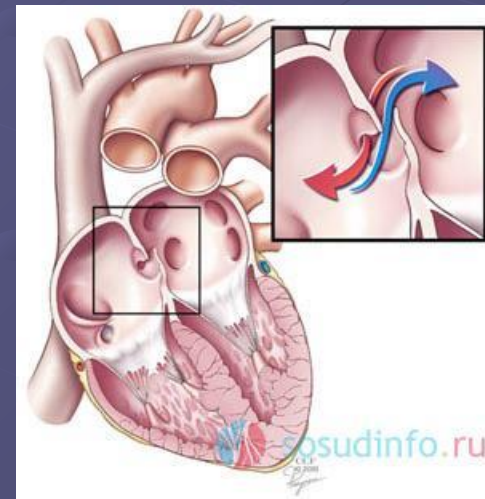


КЛАСИФІКАЦІЯ.

- **I-група** - природжені вади серця зі збільшеним легеневим кровотоком. Це вади блідого типу зі збросом крові зліва направо / відкрита артеріальна протока, дефекти перегородок передсердя та шлунка/.
- **II-група** - вади серця з незмінним кровотоком. Це вади серця з препятствієм вибросу крові з шлунків / коартація аорти, стеноз аорти, стеноз легеневої артерії/
- **III-група** - вади серця зі зменшеним кровотоком. Це вади синього типу зі збросом крові справа наліво / тетрада Фалло/

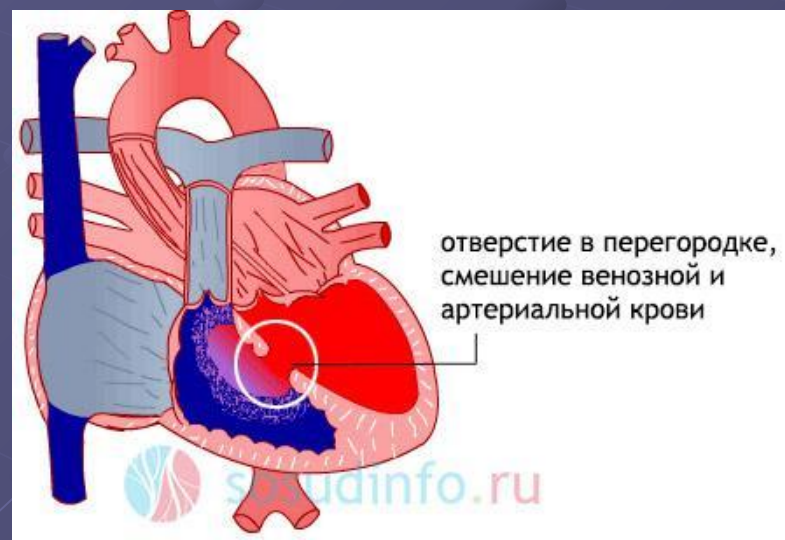
ДЕФЕКТ МІЖПЕРЕДСЕРДНОЇ ПЕРЕГОРОДКИ (відкрите овальне вікно)

- Діагностують відразу після народження дитини у 40% хворих. У більшості дітей його діагностують у віці 2-5 років.
- КЛІНІКА: задишка, втомлюваність, іноді біль у серці, відставання у фізичному розвитку. Шкіра бліда, при фізичному навантаженні з'являється помірний ціаноз. Під час огляду - серцевий " горб", розширення меж серця більш вправо, відсутність талії серця, короткий систолічний шум в 2-3 міжребер'ї зліва від грудини, проводиться у ліву ключицю.



ДЕФЕКТ МІЖШЛУНКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ

- Діагностують відразу після народження дитини, порушення геодинаміки проявляються з 2-4 місяця життя. Але прояв цієї вади серця залежить від розташування та розміров дефекту. Невеликий дефект практично не призводить до порушень геодинаміки. Єдиним поводом до турботи являється грубий систолічний шум. Високий дефект перегородки призводить до гіпертрофії правої половини серця та легеневої гіпертензії.
- **КЛІНІКА.** У дітей з'являється кашель, задишка, загальна слабкість, діти відстають у фізичному розвитку. Шкіра бліда, серцевий " горб", пульсація в епігастрії. Діти часто боліють простудними хворобами. Межі серця значно розширені вправо, грубий систолічний шум на грудині і зліва від неї, шум проводиться на спину та підмишечну ділянку. При аускультатії легень - вологі хрипи. АД знижено. Збільшення печінки.



ВІДКРИТА АОРТАЛЬНА ПРОТОКА / БАТАЛЛОВ ПРОТОК/.

- Зустрічається дуже часто. Артеріальна протока, яка з'єднує аорту з легеневою артерією у нормі закривається у перші тижні внутріутробного життя . Діти народжуються зі значним шумом після народження .
- КЛІНІКА. . біль у серці, задишка, втомлюваність, відставання у фізичному розвитку, дитина бліда, серцевий " горб ", розширення меж серця вгору, грубий шум, який швидко наростає " машинним", у 2-3 міжребірью, зліва від серця проводиться на всі інші точки і спину .



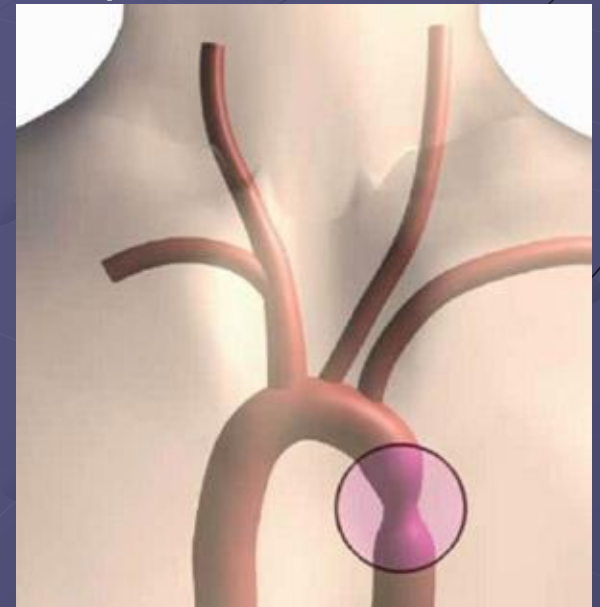
СТЕНОЗ ОРВОРУ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ.

- Діагностують у віці 5-15 років. Діти скаржаться на задишку, біль у серці, втомлюваність.
- Клініка. Блідість шкіри, посилений серцевий поштовх, систолічне тремтіння в 2-му міжребер'ї справа. Межі серця розширені вліво. Грубий систолічний дуючий шум, який проводиться в усі точки серця, судини шиї, спину



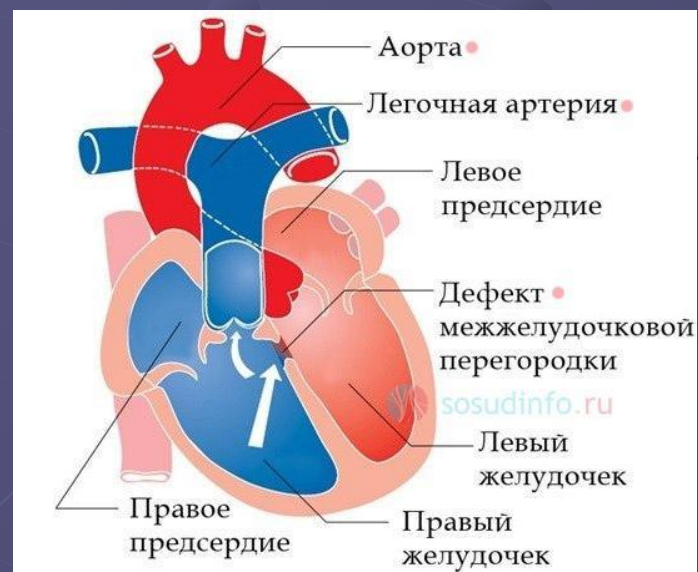
КОАРТАЦІЯ АОРТИ.

- Звуження просвіту аорти, частіше нижче від отвору лівої підключичної артерії. Скарги з'являються пізніше, ніж при інших вадах серця.
- КЛІНІКА. Скарги на головний біль, запаморочення, шум у вухах, задишку, біль у животі та ногах. Більш розвинена верхня половина тулуба порівняно з нижньою. Посилений серцевий поштовх. Розширення меж серця вліво. Систолічний шум над основою серця або у між лопатковому просторі.



ТЕТРАДА ФАЛЛО.

- Складається з 4 вад: стеноз легеневої артерії, високого дефекту між шлунокової перегородки, декстрапозиції аорти, гіпертрофії правого шлуночка. Клінічно проявляється після народження дитини, на 1-му році життя наростають задишка, ціаноз під час навантаження, а потім задишка проявляється в стані спокою.
- КЛІНІКА. Значне відставання дитини у фізичному розвитку, ціаноз шкіри та слизових оболонок, пальці у вигляді барабаних паличок, нігті у вигляді годинникових скелець. Задишка, "серцевий горб", межі серця поширені вліво. Дитина приймає вимушену позу - сідає навпочіпки. Грубий систолічний шум у 2-3 міжреберьях зліва від грудини.



Лікування

- ВПС лечат хирургическими методами и терапевтическими. Последние часто являются вспомогательными. Плод обследуют еще до рождения, тогда же решается вопрос о применении хирургических методов лечения врожденных пороков сердца у детей. Роды в таких случаях рекомендуется проводить в родильных отделениях при кардиохирургических больницах.
- Терапевтическое лечение применяют, если операцию можно перенести на более поздние сроки. Что касается так называемых бледных пороков, лечение зависит от того, насколько оказывает влияние на состояние ребенка порок с течением месяцев и лет. Есть большие шансы, что понадобится терапевтическое лечение.



Гостра ревматична гарячка

- Системна запальна хвороба сполученої тканини з переважною локалізацією в серцево-судинній системі. Захворюванність у дитячому віці удвічі, у підлітковому – у 4 рази вища, ніж у дорослих.



Головні чинники

- бетта-гемолітичний стрептокок групи А.
- Джерелом інфекції можуть бути різні захворювання стрептококової етіології: скарлатина, гломерулонефрит, катар верхніх дихальних шляхів, стрептодермії, септичні вогнища, ангіни. У процесі інфікування стрептококи виділяють токсини, які

вза
ін
се
сп
тк



мбра
шкод
изму
нів с
суди



КЛАСИФІКАЦІЯ.

- За фазами ревматизму: активна і неактивна За клінічними проявами:
1. Активна фаза ураження серця:
 - А) первинний ревмокардит без вади клапанів серця
 - Б) зворотний ревмокардит з вадами клапанів серця
 - В) ревматизм без наявних серцевих прояв
 2. Неактивна фаза ураження серця:
 - А) міокардіосклероз
 - Б) вада серця
 3. Активна фаза ураження інших органів та систем:
 - А) поліартрит
 - Б) серозити / плеврит, перитоніт/
 - В) хорея, енцефаліт
 - Г) васкуліт, нефрит, гепатит, пневмонія, дерматит
 4. Неактивна фаза ураження інших систем та органів:
 - А) залишкові явища перенесених поза серцевих уражень За перебігом захворювання: гострий , підгострий, затяжний, рецидивний За станом кровообігу: відсутність або ступені недостатності.



КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ.

- Захворювання починається через 2-4 тижня після перенесеної ангіни, скарлатини чи іншого захворювання. У дітей спостерігається поліморфізм клінічних проявів ураження сполучної тканини.
- Усі прояви поділяють на симптоми загальної інтоксикації та синдроми, які дають можливість діагностувати захворювання й активність ревматичного процесу.
- Симптоми загальної інтоксикації: лихоманка, нездужання, слабкість, порушення сну, апетиту, пітливість, блідість шкіри, схуднення, головний біль, запаморочення.
- До симптомокмплексів, які дають прояви на тлі симптомів загальної інтоксикації і з високою вірогідністю вказують на ревматизм , належать такі: первинний ревмокардит, мала хорія, ревматичний поліартрит, анулярна еритема, ревматичні вузлики.

ПЕРВИННИЙ РЕВМОКАРДИТ:

- У дітей частіше розвивається міокардит - 80-100%, процес може поширюватися на ендокард - ендокардит - 50-55%, а також перикардит- 1-5%. Дуже рідко -панкардит.



Міокардит

- ураження міокарду. Клініка: задишка, слабкість, тахікардія, біль у серці, послаблення тонів серця, порушення ритму, м'який систолічний шум на верхівці і в точці Боткіна, який не проводиться за межі серця, розширення меж серця переважно вліво.



Ендокардит

- ураження ендокарду, що приводить до розвитку вад серця. Частіше уражується мітральний клапан. Клініка: важкий стан, носові кровотечі, систолічний шум дуючого характеру у зоні проекції мітрального клапану(верхівка серця і 5-а точка), нерідко проводиться за межі серця, посилюється при фізичному навантаженні



Перикардит

- – приєднується до міокардиту та ендокардиту і ніколи не буває ізольованно. Зустрічається дуже рідко. Буває сухий - біль за грудиною, вислуховується шум тертя перикарда біля лівого краю грудини; або ексудативний - підвищується температура тіла, біль за грудиною, частіше задишки, підвищення АТ з набряками, збільшення серця, набряки, збільшення



НИХ

РЕВМАТИЧНИЙ ПОЛІАРТРИТ.

- Головний симптомокомплекс при ревматизмі - ураження суглобів Клініка: ураження великих суглобів , характерно симетричне ураження, яке має летучий характер, шкіра над ураженим суглобом гіперемована, гаряча, визначається набряк суглоба і його болісність під час пальпації, для змін у суглобах характерний повний зворотний розвиток, різких порушень функцій суглобів не спостерігається.



МАЛА ХОРЕЯ.

- Зумовлена ураженням нервової системи. Розвивається у 11-13% дітей. Починається поступово з порушення сну, погіршення самопочуття, прояв плаксивості, підвищення дратівливості. Через 1-2 тижня з'являються головні прояви хореї:
- Гіперкінези (вимушені рухи різних м'язових груп), які посилюються під час емоційних станів, під впливом зовнішніх подразників, але зникають під час сну. Гіпотонія м'язів, порушення координації рухів, порушення емоційної сфери. Хорея триває 2-3 місяці.



УРАЖЕННЯ ШКІРИ.

- Кільцеподібна еритема - блідно-рожева сип з чіткими контурами, не свербить, знаходиться на тулубі, шиї, кінцівках. Ніколи не буває на слизових оболонках .
- Ревматичні вузлики - розміром до просіяного зерна, щільні, малорухомі, безболісні. Вони розташовані на кінцівках, починаючи з пальців рук.



ДІАГНОСТИКА.

- Загальний аналіз крові - нейтрофільний лейкоцитоз і прискорення ШОЄ.
- Кров на ревмокомплекс - підвищення сіалової кислоти, білкових фракцій, позитивний С-реактивний білок
- ЕКГ, ФКГ
- Мазки з зіву та носу на наявність стрептококу





ЛІКУВАННЯ.



- Лікування тільки у стаціонарі.
- забезпечення ліжкового режиму протягом 6 тижнів
- Надати дитині у ліжку напівсидячого положення при задишці
- Призначити стіл № 10. Багато калію - картопля, капуста, ізюм, чорнослив, курага, творог, молоко. Обмежить сіль і рідину.
- Проводити антибактеріальну терапію протягом 2 тиж зі зміною препаратів. Пеніцилін у дозі 500000ОД 4 рази на добу в/м. Можна оксацилін, ампіокс, ампіцилін, еритроміцин.
- Через 2 тижня починати вводити біцилін-3 в/м 1 раз на тиждень 600000 ОД дітям дошкільного віку, 1200000 ОД дітям шкільного віку. Антибактеріальну терапію біциліном-3 проводити 6 місяців з обов'язковим продовженням біцилінотерапії біциліном-5, який призначають для вторинної профілактики ревматизму 1 раз в місяць
- Призначення нестероїдних протизапальних засобів, які призначаються на термін 1-3місяці (ацетилсаліцилова кислота, бутадіон, індометацин, вольт арен).
- Антигістамінні препарати застосовуються на 3 тиж.
- Вітамінотерапія до 2 місяців
- При недостатності кровообігу показани серцеві глікозиди - корглікон, строфантін, дігоксин, ізоланід.
- 10.Лікування у стаціонарі 1-15 місяця, потім перевести у міст ний санаторій.

ПРОФІЛАКТИКА

- Дитина , яка перенесла ревматизм перебуває на диспансерному обліку. В перші місяці вона звільняється від уроків фізичної культури, призначають ЛФК. 2 рази на рік проводять профілактику ревматизму.
- Первинна - раціональна



ПРОФІЛАКТИКА

- **Вторинна** - спрямована на запобігання рецидиваї розвитку ускладнень. Щомісячно проводять біцилінотерапію біциліном-5 (дітям дошкільного віку - 750000 Од , дітям шкільного віку - 1400000 Од), на протязі 5 років. Також призначають 2 рази на рік ацетилсаліцилову кислоту по 0,15/рік життя протягом 1-1,5 місяці.
- Дитина знімається з у чету, якщо в неї на протязі 5 років не було рецидиву захворювання і не розвилась вада серця.

