

АО "МУА"  
Балалар аурулары кафедрасы

# **ТАҚЫРЫБЫ: Ревматикалық емес кардиттер**

**Орындаған: Болыспаева А.**

**Топ:403 ОМ**

**Тексерген: Бектенова Г.Е.**

**2014 жыл**

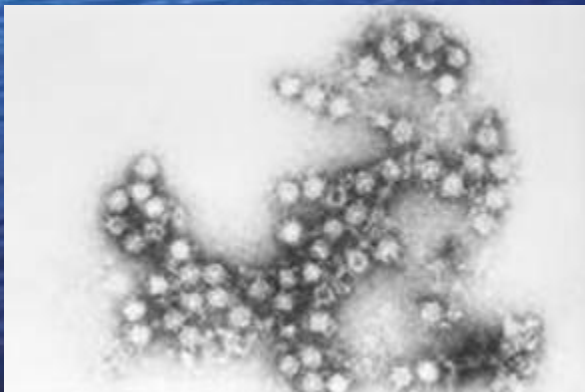
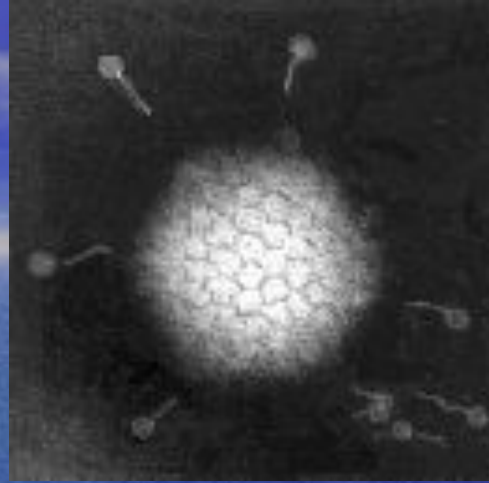
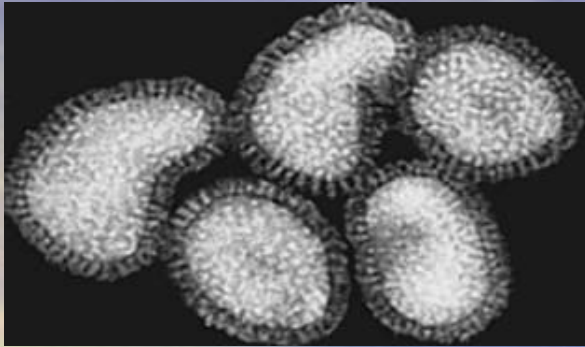
# ЖОСПАР

- Анықтама
- Этиология, патогенез
- Классификация
- Диагностикалық критериилер
- Емі

- **Ревматикалық емес кардиттер**- жүректің қабынуымен жүретін спецификалық емес аурулар тобына жатады,әсіресе миокард зақымдалады,кейде инфекция таралуына байланысты барлық бөліктері зақымдалуы мүмкін.



- **Таралуы:** кардиттердің жиілігі вариабельді, бұл клиникалық көрсеткіштерінің ерекшеліктеріне байланысты,
- Толық емес клинико-лабораторлық белгілер.
- Аутопсия мәліметтері бойынша 3 – 8 %да анықталады.
- 10 % ОРВИмен ауыратын ауруларда кардиттің белгілері көрінеді.



**ЭТИОЛОГИЯ**  
ең бірінші  
орында -  
вирустар: ЭСНО,  
Коксаки А және  
В, кейде грипп,  
аденовирустар,  
полиомиелит,  
корь, ветрянка  
және т.б.;

# ЭТИОЛОГИЯ

- бактериялар, кардиттерді сирек шақырады;
- вирусы + бактерия, созылмалы инфекцияның мұрын-жұтқыншақта болуы;
- Саңырауқұлақтар- сирек;
- Прививкаға аллергиялық реакциялар; тағамдық, тұрмыстық, медикаментоздық аллергиялар(пенициллиндер, сульфаниламидтер);
- Токсикалық әсерлер – дифтерия, ботулизм;
- Анық емес факторлар(идиопатиялық).

## ПРЕМОРБИДті ФАКТОРлар

- Жүктілік кезіндегі патологиялар : гестоздар, жүктілік кезіндегі кемістік, жағымсыз агенттердің ұрыққа әсері, құрсақішілік инфекция;
- аллергоздар,
- аномалия конституцисы,
- Иммунодефицитті жағдай, отбасылық жағдай



# ПАТОГЕНЕЗ

- Этиологиялық фактордың кардиомиоцитке қатынасы  
↓
- Қабыну медиаторларының түзілуі  
↓
- Зақымдалған клеткалардың деструкциясы  
↓
- Миокардтағы қабыну - эндо- және перикард бұзылысы  
↓
- Иммунопатологиялық реакциясы  
↓
- Гиперкоагуляция - микроциркуляция бұзылысы  
↓
- Кардиомиоциттердің склероздануы және жүрек өткізгіштігінің бұзылысы  
↓
- Аутоагрессия (аса жедел, созылмалы)  
↓
- Аритмия, жүрек жетіспеушілігі





# КЛАССИФИКАЦИЯ

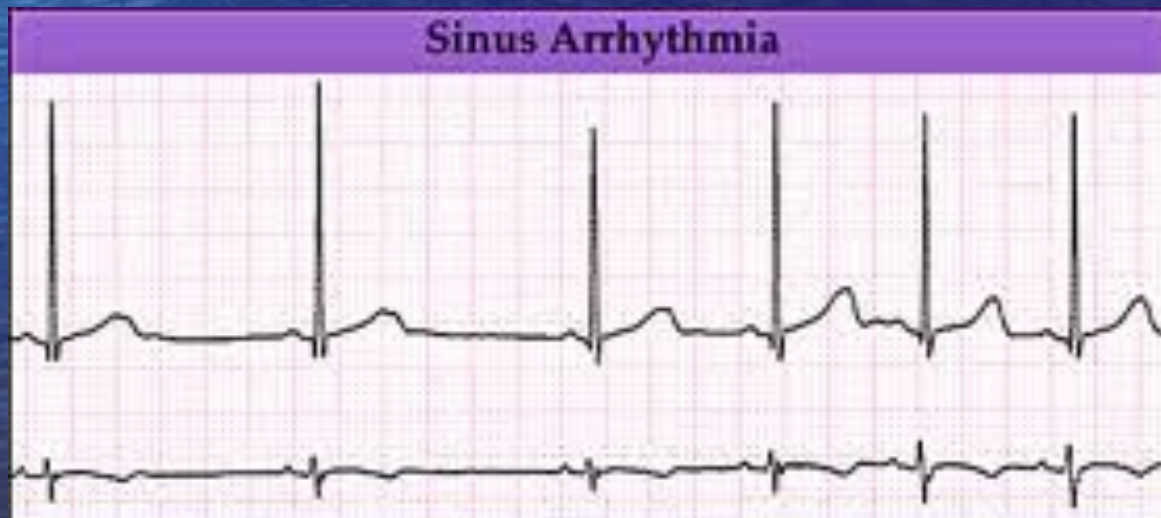
- Дамуына байланысты:
  - туа: ерте, кеш;
  - жүре пайда болған;
- Этиологиясы бойынша:
  - вирус, бактериальды,
  - идиопатиялық,
  - алергоз,
  - токсиндер әсері
- Патогенез: инфекциялық-аллергиялық,
  - токсико-аллергиялық,
  - токсикалық,
  - аллергиялық,

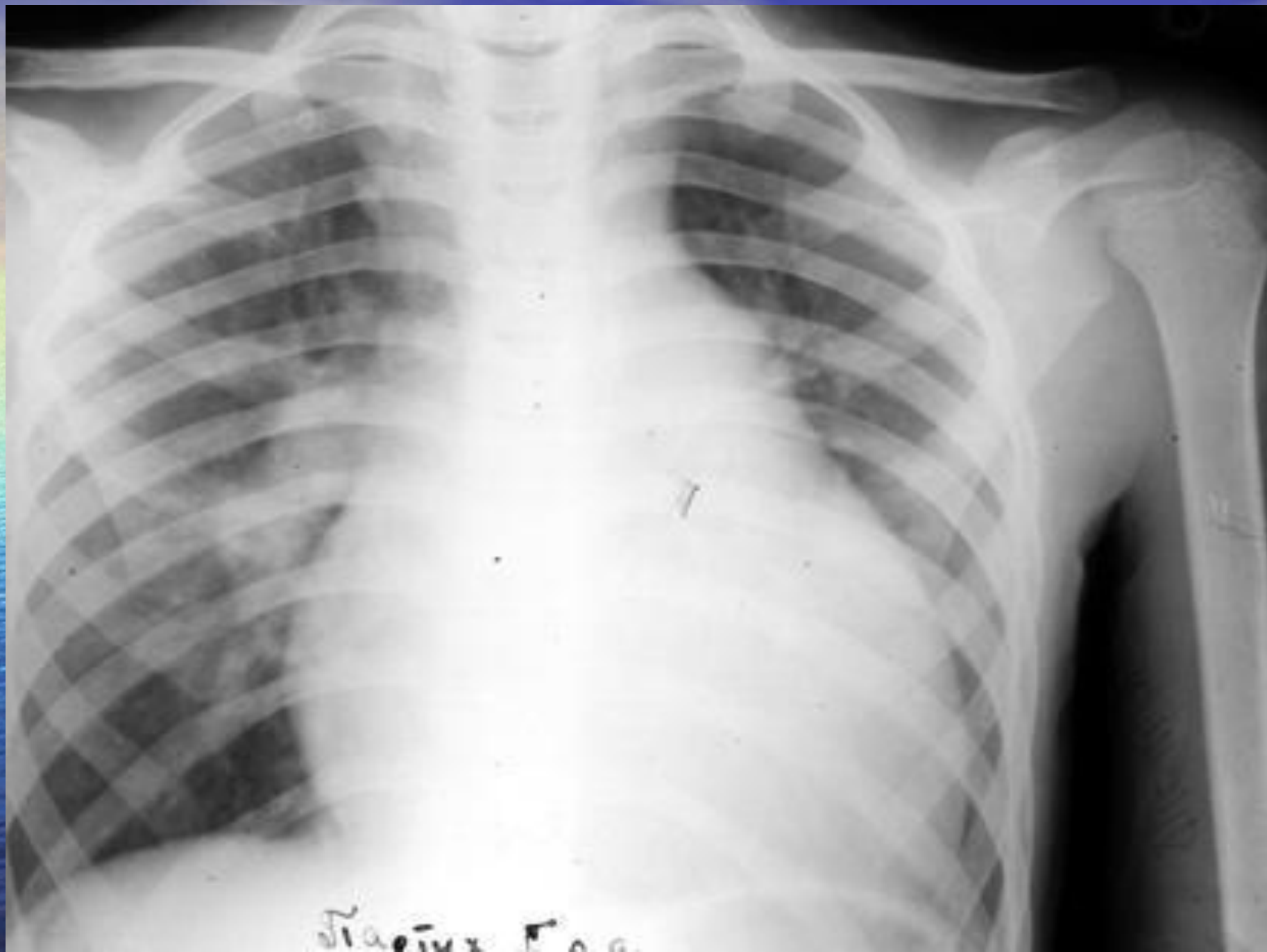
- Ағымы : жедел ( 3 айға дейін);
- жеделдеу ( 18 айға дейін);
- созылмалы ( 18айдан жоғары):
- 
- Процесс активтілігіне: активті: I, II, III степень;
- активті емес
- Қанайналым бұзылысына байланысты:
- I а,б; II а,б; III
- Жорамал бойынша: жағымды әсерлі:
- кардиосклероз, сауығу
- жағымсыз әсерлі:
- Ауырлығы: жеңіл                   қатерлі, асқыну
- орташа
- ауыр
- Клиникалық варианттары:
- Өте айқын клиникалық                   белгілер:ауырсыну,
- аритмиялық, аралас
- Айқын емес клиникалық                   белгілер(азсимптомды)

## **КРИТЕРИИлері**

- 1. Клиникалық және лабораторлық анықтамалар;**
- 2. 1 тонның әлсіреуі;**
- 3. Ритмнің номотопты өзгерісі (тахи-, брадикардия)**
- 4. Ритм бұзылысы немесе галлоп ритмі;**
- 5. патологиялық ЭКГ өзгерісі (ритм бұзылысы немесе миокардтағы реполяризация процесстері );**
- 6. ЛДГ1 / ЛДГ2 жоғарылауы 1ден жоғары;**
- 7. Тұрақты жүрек жеткіліксіздігі.**

- ЭКГ – ұзарған Rтішелер, сегментінің қысқаруы QRS, тұрақты тахикардия жоғарлау тенденциясымен;
- - ЭхоКГ – сол жақ қарыншаның гипертрофиясы және сол жақ жүрекшенің ұлғаюы, акинезия зоналары сол жақ қарыншада, сол жақ қарыншада ФВ төмендеуі.
- б. Болжам жағымсыз.







Человек А. В. 7 лет 4  
А. В.

# ТУА ПАЙДА БОЛҒАН ҚАРДИТТЕР

ерте

Жүктіліктің 4-7 айлығында  
Қабыну реакциясы жоқ  
Тіндердің пролиферациясы бар  
-фиброэластоз  
-эластофиброз  
КЛИНИКАСЫ:  
Ең негізгі өзгеріс сол жақ  
қарыншада  
Одан соң тотальд, ендігу , жөтел, аз  
Салмақ қосу, әлсіздік, мұрын  
үшбұрышының  
цианозы

кеш

Жүктіліктің соңғы үштігінде дамиды.  
Қарапайым қабыну реакциясы  
Фиброз көріністері жоқ  
КЛИНИКАСЫ:  
Туғанда қалыпты салмақ, одан соң  
Салмақ қосу азаяды, жиі та аурулары,  
тері бозғылт, цианоз, тырысу, жиі  
тахикардия

# ЖЕДЕЛ КАРДИТ

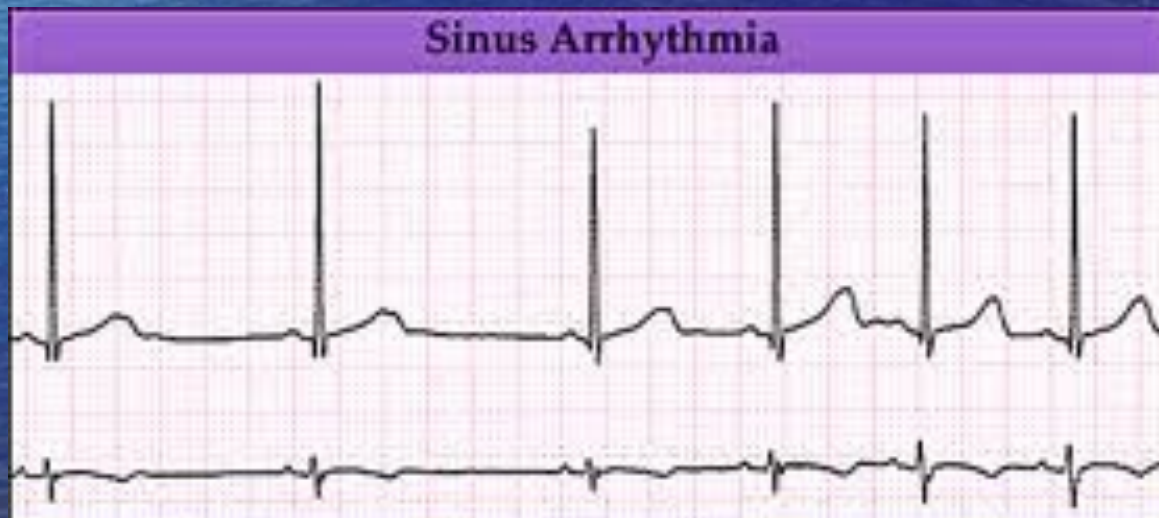
- - бозғылттану, әлсіздік  
аппетит төмендеуі, еңтігу;
- - жүрек шекараларының  
ұлғаюы;
  - тондардың төмендеуі,  
аритмия; жұмсақ  
систолалық шуыл  
жоғарғы бөлігінде;
- - артериалдық  
давленияның төмендеуі;





# ЖЕДЕЛДЕУ КАРДИТ

- Жедел кардиттен 3-4айдан соң дамиды.
- Жағымсыз әсерлер,жүрек жұмысының ақауы,жүрек соққысы,тондардың төмендеуі;
- аритмия, функциональды систолалық шу;
- Жүрек жеткіліксіздігі көріністері,
- ЭКГ – аритмия,өткізгіштік бұзылысы, миокард гипоксиясының көрінісі,  
ЭхоКС – признаки СН, гипокинезиясол қарынша



# СОЗЫЛМАЛЫ КАРДИТ

- 12-18 айдан жедел немесе жеделдеу кордиттен дамиды. Сонымен қатар жүрек жеткіліксіздігінен кардиомегалия әртүрлі сатылары, тахи-брадикардия, жүрек тондарының әлсіреуі, физикалық қалыптың дамымауы; энцефалопатия, анемия, иммунологиялық резистенттіліктің төмендеуі, ЭКГ  
– аритмия, ритм бұзылысы, дисметаболикалық және гипоксиялық өзгерістер миокардта; сол жақ қарыншаның гипертрофиясы
- Негізгі белгілері-салмақ қосудың бәсеңдеуі, тахипноэ, жүрек төбесі түрткісінің әлсіреуі, бүкіреуі, жүрек көлемінің әсіресе сол жаққа кеңеюі, салыстырмалы митралдық жетіспеушіліктің систолалық шуы, ырғақтың тұрақты бұзылуы, кейде цианоз, аздап бауырдың үлкеюі.



здоровое сердце



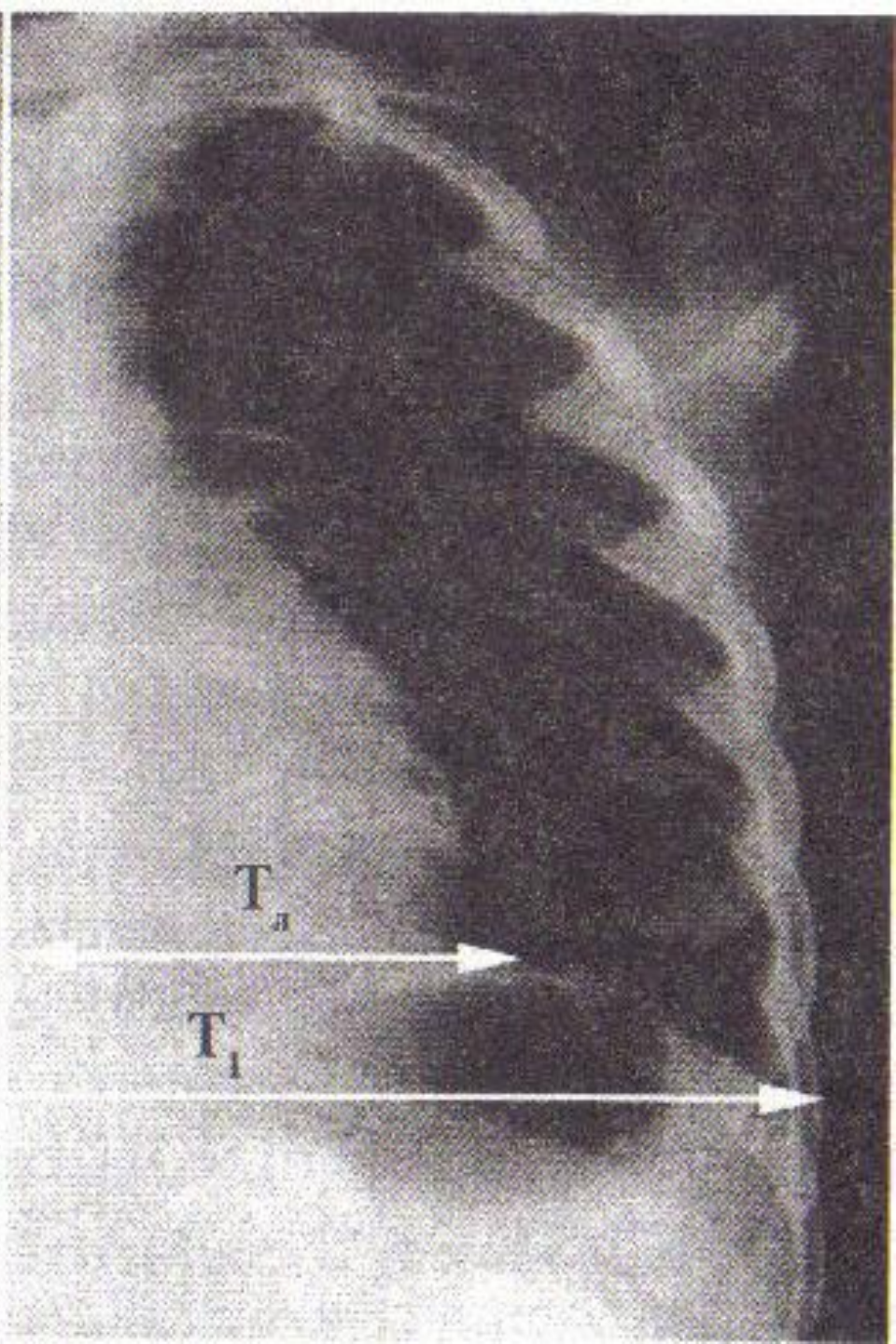
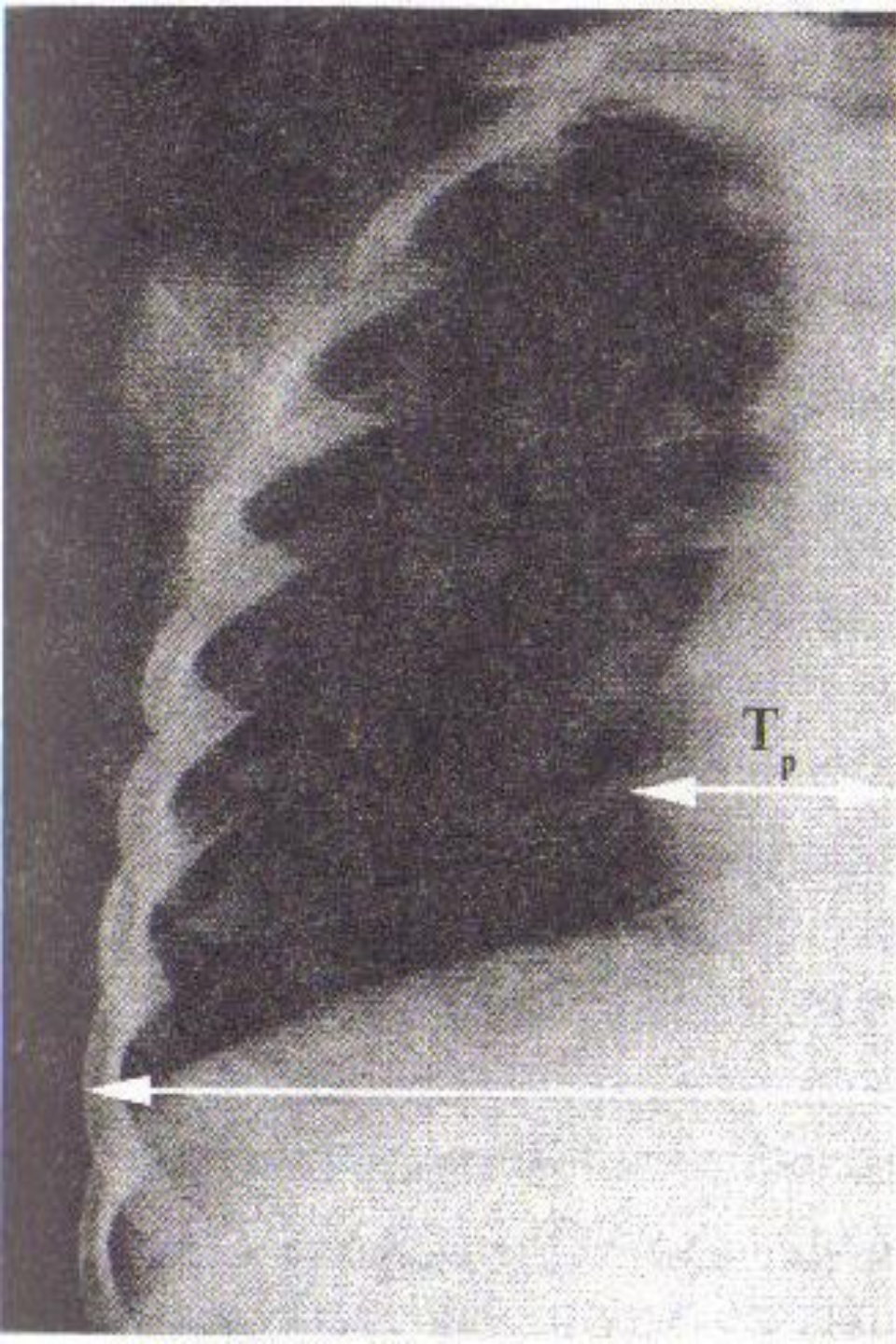
дилатационная  
кардиомиопатия



Нормальное сердце  
(продольное сечение)



Гипертрофическая  
кардиомиопатия



# Диагностикалық критерий

Диагнозды анамнезге, клиникалық және лабораториялық белгілерге қарап қояды. Кардит диагнозын И.М.Воронцов критерийі бойынша қойған дұрыс. Ол алгоритм 3 сатыдан тұрады:

1. миокардит бұзылысы бар екенін анықтау

2. миокартта өзгерістер бар болса, онын миокардит, миокардиодистрофия, болмаса миокардиосклероз екеніне жауап беру .

3. миокардит миокардиодистрофиянын этиологиясы мен патогенезін анықтау

# ЭНДОКАРДИТ

Клапан структурасының бұзылысы,эндокард, магистральды тамырлардың эндотелийі зақымдалады.

Диагностикалық критерийлер:

1.Интракардиальды абсцесс,эмбол,вегетацияда микроорганизмдердің анықталуы.

2.2 үлкен критерийдің оң болуы

3.1 үлкен және 3 кіші критерийлер оң

4.5кіші критерий оң

# Негізгі үлкен мағыналы критерийлер:

1. Оң гемокультура
2. Оң ЭхоКГ мәліметтері: клапандарда бородавкалар, немесе басқа да Өзгерістер
3. Жүрек көлемі және оның қуыстарының үлкеюі

## Кіші қосымша критерийлер

1. Анамнезінде жиі жүрек ақаулары, жиі енгізілген тамырішілік немесе Наркотикалық препараттар
2. Лихорадка 38 немесе жоғары
3. Васкулярлы феномендер: үлкен артериялық эмболдар, септикалық Инфекция өкпеде
4. Иммунологиялық феномендер: Ослер түйіндері, гломерулонефрит, ревматоидты фактор
5. Микробиологиялық тесттер: гемокультура, серология
6. Лабораториялық феномендер: анемия  
Лейкоформула солға жылжыған  
Тромбоцитопения  
ЭТЖ жоғары  
Гематурия  
протеинурия



## Клиникасы

Арудың белгілері негізгі 3 синдромнан тұрады:  
токсикоз,эндокардтың өзгерісі мен тромбоэмболиялық  
асқынулардың жинағы

Жалпы инфекциялық ауруға тән-дене қызуы жоғарылауы,  
дене қалтырауы,әлсіздік,арықтау,тершеңдік ,денесінің түсі  
қуарып,сүт қосқан кофе түстенеді.

Жиі жарақаттанған қолқалық және митральдық қақпақш-  
алардың ауруға шалынуымен білінеді.

# ПЕРИКАРДИТ

Висцеральды және париетальды жапырақшалардың қабынуы.

Жедел

Созылмалы

Диагностикалық критерийлер:

Жүрек аймағындағы интенсивті ауырсыну

Жанасулық шу

ЭКГ QRS тішелері өзгеріссіз, тек конкордантты ST жоғарылаған.

ЭхоКГ жапырақшалары қалындаған.

# Клиникасы

Аурыратын балалардың тең жартысында үйкеліс шуы естіледі. Ол нәзік экстратоннан басталып. Үдегенде систолалық-диастолалық шуға ұқсайды. Оның анық естілетін жері төссүйектің сол жақ қыры, 2-4 қабырғалар арасында, бала тұрып отырғанда және стетоскопты теріге батырғанда анық естіледі. Жүрек төбесінің түрткісі оңға, жоғары ығысады, кейін ол мүлдем байқалмай қалады. Тондар дыбысы бәсең естіледі. Демді ішке тартқанда кеуденің сол жағы қалыс қимылдайды. Жүрек оңға солға бірдей үлкееді. Гиподиастолия синдромы диастолалық толудың бұзылысы және вагус пен диафрагмалдық нервтің қозуына байланысты іштің түйілуі, жөтел, дауыстың өзгеруі, жүрек айну, құсу т.б рефлекторлық, неврологиялық белгілер шығады.

# ЕМІ

- РЕЖИМ : төсек режимінің ұзақтығы кардиомегалия және жүрек жеткіліксіздігі дәрежесімен анықталады
- 
- ДИЕТА Стол № 10, тұздық және сұйық тағамдарды қолдану жүрек жеткіліксіздігімен анықталады
- Изюм, курага, орех

# ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯ:

- **Жедел кардиттерде :**
- глюкокортикоидтар (преднизолон 0,5 - 1,5 мг/кг) 2 - 4 апта; орташа және ауыр ағымда
- Стероидты емес қабынуға қарсы (аспирин 100 мг/кг, ибупрофен 10-15 мг/кг, вольтарен 2 - 3 мг/кг, индометацин 2,5 - 3 мг/кг, месулид 5-10 мг/кг, мефенаминовая кислота 50 мг/кг, амизон 50 мг/кг) - 4 апта. Ақырын дозаны төмендетеміз 2-3 апта

## Жедел және созылмалы:

- хинолин туындылары (делагил 5 мг/кг, плаквенил 8 мг/кг) - 4-6 ай 0,5-ке дозаны төмендетеміз 1 жылға
- Стероидты емес қабынуға қарсы
- Антибактериалды терапия

- Кардиотропты препараттар, миокард функциясын жоғарлатады: (АТФ, фосфаден, оротат калия, панангин, аспаркам, рибоксин, милдронат, кардонат, браниджен, биокарн, карнитор) 1 -1,5ай.
- Жүрек жеткіліксіздігі гликозидтер (строфантин 0,012 мг/кг, дигоксин в поддерживающей дозе 0,01 - 0,02 мг/кг),
- Зәр айдаушы (лазикс 1- 3 мг/кг, верошпирон 1-3 мг/кг, гипотиазид 2-5 мг/кг),
- перифериялық вазодиятаторлар (фентоламин 2 мг/кг, каптоприл 0,5-1 мг/кг,
- антикоагулянттер (гепарин 100 од/кг), антиагреганттар (курантил 2,5 - 3 мг/кг), антиаритмиялық (анаприлин, обзидан - 1,0 - 2,0 мг/кг)