

Запальні і неzapальні захворювання серця у дітей

Наказ МОЗ України № 362 19.07.2005

Про затвердження Протоколів діагностики та
лікування кардіоревматологічних хвороб
у дітей

Доцент Я.М. Кулик

НЕРЕВМАТИЧНІ КАРДИТИ

- За даними аутопсії, розповсюдженість кардитів серед дитячого населення вища, ніж у дорослих, Серед дітей, які померли раптово у віці від 1 місяця до 17 років виявляються у 17 % випадків.
- **НЕРЕВМАТИЧНІ КАРДИТИ** - це група запальних захворювань серця неревматичної етіології з переважним ураженням міокарду.

Інфекційна етіологія

- Ентеровіруси Коксакі групи А і В (В3, В5), аденовіруси (серотипи 2; 5), вірус грипу, поліомієліту, ЕСНО, HSV, VZV, віруси гепатитів, Епштейн-Барр, ЦМВ;
- Бактерії (дифтерії, стрептококи, бруцели, мікобактерії, менінгококи, клостридії);
- Грибки (кандида, аспергіли);
- Найпростіші (токсоплазмоз, малярія, лейшманіоз);
- Гельмінти (трихіNELI, ехінококи)

ПАТОГЕНЕЗ

- Прямий вплив на кардіоміоцити інфекційного або токсичного агенту.
- Зниження або активація імунних процесів, активація гуморального і пригнічення клітинного імунітету.
- Імунокомплексне ушкодження міокарда ЦІК.
- Пригнічення імунної відповіді з дисфункцією Т-лімфоцитів.
- Аутоімунні процеси внаслідок утворення аутоантигенів.

Класифікація неревматичних кардитів

(Н. А. Белоконь, М. Б. Кубергер, 1987)

| | |
|--|--|
| Період виникнення | Вроджений (антенатальний): ранній, пізній Набутий |
| Етіологічний фактор | Вірусний, вірусно-бактеріальний, бактеріальний, паразитарний, грибовий, ієрсиніозний, алергійний (лікарський, сироватковий, після щеплення), ідіопатичний |
| Форма (за переважаючою локалізацією процесу) | Кардит (міо-, ендо- чи перикардит, їх поєднання) Ураження провідної системи серця |
| Перебіг | Гострий – до 3 місяців Підгострий – до 18 місяців Хронічний – більше 18 місяців (рецидивуючий, первинно-хронічний): застійний, гіпертрофічний, рестриктивний варіанти |
| Важкість перебігу | Легкий, середньоважкий, важкий |
| Форма і ступінь серцевої недостатності | Лівошлуночкова I, II, III ступеня Правошлуночкова I, II, III ступеня Тотальна |
| Наслідки та ускладнення | Кардіосклероз, гіпертрофія міокарда, порушення ритму і провідності, легенева гіпертензія, ураження клапанного апарата, констриктивний міоперикардит, тромбоемболічний синдром |

Клінічні симптоми

- **Вродженого міокардиту:** - ознаки серцевої недостатності
 - затримка фізичного розвитку дітей
 - повторні пневмонії у дітей після народження
 - Фізикальні зміни: серцевий горб, розширення меж відносної серцевої тупості, можливі глухі тони серця
 - **Набутого дифузного кардиту:** ознаки лівошлуночкової або тотальної СН, - зв'язок з перенесеною напередодні ГРВІ
 - млявість, швидка стомлюваність ,
 - кашель, блювота, дисфункція кишечника під час одужання від вірусної інфекції.
- Фізикальні зміни: блідість шкіри, ціаноз носогубного трикутника, тахікардія, зміщення меж відносної серцевої тупості, приглушений I тон, можливий систолічний шум над верхівкою серця.

Діагностичні критерії параклінічні

В крові: ↑ ШОЕ, нейтрофільний лейкоцитоз, ↑ рівня сіалових кислот, СРБ, серомукоїда, серцевих ензимів (креатинфосфокіназа, лактатдегідрогеназа 1)

Рентгенологічно: кардіомегалія.

ЕКГ: зниження вольтажу комплексу QRS в перші 2-3 тижні захворювання, синусова тахікардія.

ЕхоКГ: дилатація порожнини лівого шлуночка, зниження показників насосної та скоротливої функції.

Ендоміокардіальна біопсія: дозволяє виявити ознаки запалення і стадію хвороби.

Диференційна діагностика

- Дилатаційна кардіоміопатія
- Гостра ревматична лихоманка
- Вроджені вади серця

ЛІКУВАННЯ

- Ліжковий режим. Стіл №10.
- Противірусні та антибактеріальні препарати
- Нестероїдні протизапальні засоби
- При тяжкому гострому міокардиті з ознаками серцевої недостатності та міокардитах алергічного походження - преднізолон внутрішньо
- При затяжному перебігу, рецидивах хронічного міокардиту - делагіл або плаквеніл
- Кардіотрофічна терапія
- При серцевій недостатності - серцеві глікозиди, діуретики, інгібітори АПФ

КАРДІОМІОПАТІЇ

- З кардіоміопатіями пов'язана висока інвалідизація дітей і смертність, оскільки спільною рисою цих захворювань є формування структурних змін у міокарді.
- **Кардіоміопатії** - це захворювання міокарду невідомої етіології, основними ознаками яких є **кардіомегалія та серцева недостатність**.
- Частота більше 1 на 100000 дітей, причому частіше хворіють хлопчики.

Класифікація кардіоміопатій:

- Виділяють 2 основних типи:
- **первинний тип** - захворювання серцевого м'язу з невідомими чинниками;
- **вторинний** - чинник захворювання міокарду відомий або пов'язаний з ураженням інших органів.
- **Клініко-морфологічні форми:**
- Застійна (дилатаційна) **D**
- Гіпертрофічна **H**
- Рестриктивна **R**

Кардіоміопатія дилатаційна

- **ДКМП** - це кардіоміопатія, для якої характерно збільшення порожнини лівого та/або правого шлуночка, порушення систолічної функції, застійна серцева недостатність.

Клініка: знижена толерантність до фізичного навантаження, задишка, серцебиття, кашель, симптоми недостатності кровообігу за лівошлуночковим типом, пізніше - за правошлуночковим типом.

Діагностика: *ЕхоКГ*: дилатація лівого шлуночка і лівого передсердя, зниження фракції викиду лівого шлуночка.

ЕКГ: синусова тахікардія, перевантаження лівого шлуночка.

Рентгенологічно: кардіомегалія.

КАРДІОМІОПАТІЯ ГІПЕРТРОФІЧНА

- ГКМП характеризується масивною гіпертрофією міокарда лівого шлуночка, з переважним ураженням міжшлуночкової перегородки, з обструкцією шляхів відтоку від шлуночків. Як правило, без розширення порожнини лівого шлуночка, супроводжується синдромом діастолічної серцевої недостатності.
- **Клініка:** ангінозний больовий синдром, НК лівошлуночкова, синкопе, систолічний шум вигнання крові з лівого шлуночка, послаблені тони серця, може бути IV тон.
- **Діагностика:** ЕКГ - типових ознак не існує.
- **Рентгенологічно** може бути вибухання лівого шлуночка, відсутність талії серця.
- **ЕхоКГ:** гіпертрофія стінок шлуночків, збільшення порожнини лівого передсердя і фракції вигнання, порушення діастолічної функції серця.

РЕСТРИКТИВНА КАРДІОМІОПАТІЯ

- РКМП - це інфільтративне або фіброзне ураження міокарда, що характеризується ригідними стінками шлуночків, зменшенням наповнення і зниженням діастолічного об'єму одного або обох шлуночків з нормальною чи майже незмінною систолічною функцією та товщиною стінок.
- **Клініка:** Початок повільний. Провідною скаргою є задишка і слабкість навіть при мінімальному фізичному навантаженні, симптоми серцевої недостатності.
- **Діагностика:** ЕКГ - зниження вольтажа зубців, порушення ритму та провідності.
- На **рентгенограмі** збільшення серця відсутнє або помірне.
- **ЕхоКГ:** відповідні зміни ехоанатомії, діагностика порушень діастолічної функції та скоротливості міокарда, можливий випіт у порожнину перикарда.

Диференційний діагноз

- Різні варіанти кардіоміопатій
- Міокардит
- Вроджені вади серця

ЛІКУВАННЯ кардіоміопатій

- Специфічного лікування немає.
- Обмеження фізичного навантаження.
- Серцеві глікозиди та інші кардіотонічні засоби протипоказані при гіпертрофічній і дилатаційній КМП.
- При порушенні розслаблення міокарда доцільним є призначення антагоністів Са (верапаміл, ніфедіпін).
- Лікування серцевих дизритмій.
- При серцевій недостатності - відповідне лікування.
- Профілактика інфекційного ендокардиту.