

Диспансеризация и реабилитация детей с неревматическими кардитами.

ИБРАЕВА К.Е., к.м.н.,
доцент кафедры амбулаторно-
поликлинической педиатрии КазНМУ

- **Неревматические миокардиты**
- Неревматические миокардиты (НМ) - воспалительные заболевания миокарда, вызванные инфекционными, аллергическими, токсическими воздействиями с различными патогенетическими механизмами.

- **Лечебная тактика (1 этап реабилитации)**
- При установлении диагноза НМ или при подозрении на него ребенок должен быть госпитализирован.
Лечебные мероприятия в стационаре:
- ограничение двигательного режима в остром периоде на 2-4 нед.
- При недостаточности кровообращения необходимо придать возвышенное положение туловищу, наладить кислородотерапию;

- полноценное питание с достаточным содержанием белка,
- витаминов, солей калия. В остром периоде ограничивают натриевую соль. Регулировка питьевого режима проводится дачей жидкости на 200-300 мл больше выделенной мочи;
- антибактериальная терапия - 2-3 нед;
- противовоспалительные средства:
ацетилсалициловая кислота - 0,15-0,2 г на год жизни в сутки в течение 1 мес, затем 1/2-1/3 указанной дозы еще в течение 1,5-2 мес;
индометацин, вольтарен – 0,25-0,75 мг/сут 1,5-2 мес при подостром течении или при остром без выраженной сердечной недостаточности;

- при явном тромбоэмболическом синдроме показан гепарин;
- при тяжелых формах острого кардита применяются препараты аминохинолинового ряда в течение 6-12 мес;
- глюкокортикоиды при диффузном процессе с сердечной недостаточностью; подостром начале заболевания как предвестнике хронизации процесса; кардите с преимущественным поражением проводящей системы сердца;
- сердечные гликозиды, мочегонные - при сердечной недостаточности;

- кокарбоксилаза - 5-10 мг/кг, чередуя через день с витамином В6;
- поляризующая смесь(10 % раствор глюкозы 10-15 мг/кг, инсулин 1 ЕД на 4-5 г вводимой глюкозы, панангин 1 мл на год жизни, но не более 10 мл), в/в капельно;
- при нарушении ритма сердечной деятельности – антиаритмические препара-ты.
- Длительность стационарного лечения от 4-6 нед до нескольких месяцев.

- **2 этап реабилитации**
- Все дети, перенесшие НМ, подлежат диспансерному наблюдению.
- После выписки из стационара в течение 3 мес дети осматриваются ежемесячно, затем 1 раз в квартал, а через год - 1 раз в 6 мес, всегда с записью ЭКГ.

- Дети, получающие сердечные гликозиды и антиаритмические препараты, подлежат индивидуальному наблюдению.
- Частота их осмотров определяется педиатром-кардиологом.
- При отсутствии признаков кардиосклероза детей снимают с диспансерного учета через 3 года.

- При наблюдении за детьми, перенесшими НМ, следует акцентировать внимание ребенка и родителей на необходимости соблюдения двигательного режима.
- Расширение его после выписки из стационара осуществляется постепенно с учетом показателей функциональных проб.
- Тренирующий режим назначают детям с НМ при компенсации сердечно-сосудистой деятельности, хорошем самочувствии, благоприятной реакции на пробу с физической нагрузкой, стабилизации положительных сдвигов на ЭКГ, нормальных лабораторных показателях.
-

- В амбулаторных условиях лечебная гимнастика проводится индивидуально или малогрупповым методом (по 2-4 человека).

Ребенок должен посещать занятия ЛФК в поликлинике или выполнять упражнения дома в течение 3-6 мес.

- В дальнейшем его допускают к занятиям физкультурой в школе в зависимости от клинического варианта НМ.

- Детям, больным хроническим миокардитом со стойкими признаками нарушения кровообращения, разрешается 1-2 дополнительных выходных дня или обучение на дому.
- В санатории или на дому по показаниям продолжается медикаментозное лечение: хинолиновые, антиаритмические, мочегонные препараты, сердечные гликозиды и др.

- Детей, получающих хинолиновые препараты, должен осматривать 1 раз в месяц офтальмолог.
- При НМ стрептококковой природы или наличии очагов хронической инфекции показана бициллинопрофилактика как при [ревматизме](#), консервативное или хирургическое лечение хронических очагов инфекции.
- В течение года больным НМ проводят 2-4 курса лечения средствами, стимулирующими метаболические процессы (рибоксин, витамины, препараты калия). Курс терапии повторяют через 2-3 мес.

-

- Как реабилитационная мера детям, перенесшим НМ, показано санаторно-курортное лечение, если у них нет сложных и тяжелых нарушений ритма сердца.
- Подходы к проведению профилактических прививок детям, перенесшим НМ, должны быть строго индивидуальны. Прививки противопоказаны при аллергической, лекарственной, сывороточной этиологии [миокардита](#).

- Дети, перенесшие тяжелые формы миокардита, а также с затяжным, хроническим, рецидивирующим его течением освобождаются от иммунизации на 3-5 лет. При легком течении болезни и отсутствии рецидивов прививки разрешаются через 2 года после ликвидации острых проявлений миокардита.

- Советы родителям по уходу за ребенком:
- соблюдение двигательного режима строго по рекомендации врача;
- обучение в поликлинике у методиста по ЛФК комплексам упражнений ЛФК;
- исключение из диеты аллергизирующих продуктов (апельсины, бананы, клубника, земляника и др.);
- советы по профориентации. В случае отсутствия остаточных явлений в сердце можно выбирать любые специальности.
- При миокардиосклерозе, стойких нарушениях сердечного ритма и проводимости рекомендуются те профессии, которые не связаны с физической нагрузкой, работой на холоде, в жарких помещениях.

- **Профилактика**

- *Первичная профилактика:*

- мероприятия, направленные на оздоровление женщин до и в период беременности: лечение хронических очагов инфекции, [токсоплазмоза](#) и др.; профилактика у беременных ОРВИ, бактериальной инфекции (все эти мероприятия направлены на профилактику врожденных кардитов);
- оздоровление детей, правильное полноценное вскармливание, проведение закаливающих процедур;
- проведение дома противоэпидемических мероприятий, своевременное при-менение с лечебной целью противовирусных препаратов (интерферон, рибонуклеаза, противогриппозный гамма-глобулин) заболевшим детям;
- строгое соблюдение правил проведения профилактических прививок, предупреждение аллергических реакций;
- санация хронических очагов инфекции.
- *Вторичная профилактика. Реабилитация.*

- **Таким образом, II этап реабилитации проводится в поликлинике.**
- Он заключается в продолжении немедикаментозного и медикаментозного лечения, контроле за состоянием больного, коррекции лечения.

Диспансерное наблюдение. При остром кардите - 3 года, подостром - 5 лет, хроническом - до перевода к терапевтам.

- **Кратность осмотра специалистами:**
- Педиатр + кардиолог: ежемесячно первые 3 мес, затем 1 раз в квартал, на втором году - 1 раз в полугодие.
- Лечебная физическая культура в течение 1 года, далее (при отсутствии признаков поражения миокарда) подготовительная и основная.
- Стоматолог - 2 раза в год.
- Отоларинголог - 2 раза в год.

- В случае ухудшения состояния госпитализация. Профпрививки противопоказаны в течение двух лет после острого кардита, при хроническом - по жизненным показаниям. Перед вакцинацией необходимо убедиться в полной нормализации клинических показателей. Особое внимание обращают на общее состояние, диурез, стул, артериальное давление, клинические признаки сердечной недостаточности. Контрольное обследование в стационаре 1 раз в год.

- **Основные пути оздоровления:** Режим, диета, этапный метод лечения; при интеркуррентных заболеваниях своевременный контроль за показателями крови, электрокардиограмма, коррекция терапии, санаторно-курортное лечение. Снятие с диспансерного учета ребенка, перенесшего острый кардит, возможно при сохранении клинико-лабораторной ремиссии без лечебных мероприятий в течение двух лет после проведения полного клинико-лабораторного

- **III этап реабилитации (санаторно-курортное лечение):**
- дети с острым миокардитом при отсутствии клинических проявлений не ранее 6 мес от начала заболевания, а также с подострым инфекционным (септическим) эндокардитом в периоде стойкой клинической ремиссии не ранее 6 мес от начала заболевания направляются на реабилитационное лечение в местные санатории.

- **МИОКАРДИОДИСТРОФИЯ**
Заболевание сердца, в основе которого лежит нарушение метаболизма в миокарде.

Состояния, приводящие к нарушению обменных процессов в миокарде:

1. Уменьшение поступления субстратов энергетического процесса: алиментарная дистрофия, нарушение кишечного всасывания, печеночная недостаточность, эндокринопатии. При этом миокардиодистрофия носит вторичный характер. Первичная патология клеточного дыхания и окислительного фосфорилирования генетически детерминирована.

- **МИОКАРДИОДИСТРОФИЯ**

Заболевание сердца, в основе которого лежит нарушение метаболизма в миокарде.

Состояния, приводящие к нарушению обменных процессов в миокарде:

1. Уменьшение поступления субстратов энергетического процесса: алиментарная дистрофия, нарушение кишечного всасывания, печеночная недостаточность, эндокринопатии. При этом миокардиодистрофия носит вторичный характер. Первичная патология клеточного дыхания и окислительного фосфорилирования генетически детерминирована.

- 2. Нарушение клеточного дыхания и окислительного фосфорилирования может носить первичный и вторичный характер. Причинами нарушения клеточного дыхания и окислительного фосфорилирования являются:
 - нарушения переноса электронов в митохондриальной цепи дыхательных ферментов;
 - нарушения ферментативных реакций энергетического обмена;
 - патология цикла трикарбоновых кислот.

- Вторичная патология клеточного дыхания и окислительного фосфорилирования развивается при нарушениях электролитного баланса, экзогенных интоксикациях, хронических инфекциях, эндокринопатиях.

3. Повышенные энергетические потребности миокарда (спортсмены, беременность).

- **Критические периоды жизни для развития миокардиодистрофии.**
Первый месяц жизни. На возникновение патологии влияют:
 - низкая масса тела при рождении;
 - проявление анте- и интранатальных поражений центральной нервной системы;
 - синдром дыхательных расстройств;
 - склонность к микробно-воспалительным реакциям.

Каждое из вышеперечисленных состояний может привести к нарушению метаболических процессов в миокарде и

- **I этап реабилитации (стационар)**
Немедикаментозное лечение. Цель -
устранение основного патологического
процесса, вызвавшего метаболические
нарушения в миокарде:
 - регулирование режима труда;
 - предупреждение физических нагрузок,
лечебная физическая культура;
 - рациональное питание (коррекция
обменных нарушений);
 - санация хронических очагов инфекции.

- Диета гипохлоридная, витаминизированная, богатая солями калия и магния (картофель, баклажаны, капуста, чернослив, абрикосы, изюм, финики, инжир, зеленый горох, петрушка, помидоры, ревень, свекла, черная смородина, укроп, фасоль, хрен, шелковица, щавель). Рекомендуется часть животных жиров заменить растительными, содержащими полиненасыщенные жирные кислоты (подсолнечное, кукурузное, оливковое, хлопковое масло и др.).

- **Фитотерапия в лечении миокардиодистрофии:**
 - мелисса лекарственная, благодаря высокому содержанию аскорбиновой кислоты и цитраля стимулирует обменные процессы.
 - желтушник серый действует подобно наперстянке, но менее длительно и почти не кумулирует. Урежает ритм сердечной деятельности, повышает сократительную способность миокарда, активизирует в нем обменные процессы.
 - ландыш майский регулирует работу сердца, повышает его работоспособность.

- • астрагал шестицветковый стимулирует деятельность миокарда, урежает ритм сердечных сокращений, расширяет коронарные сосуды.
- горицвет весенний обладает подобными астрагалу действиями;
- боярышник колючий нормализует сокращение сердечной мышцы, уменьшает возбудимость, улучшает коронарное кровообращение благодаря содержанию холина, ацетилхолина, дубильных веществ, фруктозы, фитостериноподобных веществ.

- *Медикаментозные методы* коррекции нарушения клеточной энергетики при миокардиодистрофии:
 - L-карнитин (парентерально карнитен № 5, затем перорально элькар, карнитон) 50-75 мг/кг/сут в 2-4 приема.
 - Препараты, осуществляющие перенос электронов в дыхательной цепи.
 - Коэнзим Q10 (убихинон 10, кудесан) 30-100 мг/сут, продолжительность - 3 мес. Клинический эффект препарата характеризуется улучшением проводимости и сократительной способности миокарда, уменьшается степень недостаточности кровообращения.
 - Цитохром С (цито-мак) 4,0 мл (15 мг) в/в, курс лечения составляет 10-15 инъекций.

- • Кокарбоксилаза (синтетическая форма витамина В1) для нормализации процессов окислительного фосфорилирования, 5-10 мг/кг в/м или в/в № 10-30.
- Рибоксин (предшественник АТФ), 3-5 мг/кг/сут 3 приема 3-4 нед.
- Фосфаден, 1 мг/кг/сут. Детям до 6 лет 2 приема, старше - 3 приема.
- Лимонтар 10 мг/кг/сут.
- Пантотеновая кислота (витамин В5), 1-3 года: 5-10 мг на прием, 3-14 лет: 100-200 мг 2 раза в день.
- Калия оротат 10-20 мг/кг/сут в 2-3 приема 2-4 нед.
- Предуктал МВ 30-60 мг/сут.
- Липоевая кислота.
- Магнерот 50 мг/кг/сут в течение 1 нед, 25 мг/кг в сутки в течение 5 нед

- **II этап реабилитации (поликлиника).**
Продолжение медикаментозной терапии, фитотерапии. Полноценное питание. Охранительный психоэмоциональный режим.
Нормализация режима дня и труда. В течение 3-6 мес занятия физкультурой в специальной или подготовительной группах. Полностью освобождать ребенка от физкультуры не следует. В дальнейшем при условии благоприятной реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку он может быть переведен в основную группу.

- **Диспансерное наблюдение** в течение двух лет (регулярные осмотры педиатром):
 - на первом году наблюдения - 1 раз в квартал;
 - на втором году - 2 раза в год; по показаниям - чаще. Регистрация ЭКГ обязательна во время каждого осмотра ребенка врачом. Эхо-КГ и другие лабораторные и инструментальные обследования проводятся по показаниям. Не реже 2 раз в год ребенка должны консультировать ЛОР-врач, стоматолог, невропатолог и др. При каждом осмотре ребенку измеряется артериальное давление, определяется функциональное состояние сердечно-сосудистой системы в условиях физической нагрузки.

- **III этап реабилитации (санаторно-курортное лечение)**

После стационара возможен перевод в местные санатории при отсутствии НК.

Показан отдых в умеренном мягком, теплом климате: Кисловодск, Одесса, Южный берег Крыма. Проводимый в санаториях комплекс лечебных мероприятий направлен на:

- устранение остаточных явлений патологического процесса;
- предупреждение прогрессирования заболевания;
- повышение компенсаторных возможностей организма ребенка.

- Прогноз миокардиодистрофии
Благоприятный, если изменения выявлены рано и лечение проводится правильно, что в значительной мере обусловлено хорошей регенераторной способностью кардиомиоцитов детского сердца. Степень поражения сердца и клиническая картина зависят не только от характера и длительности воздействия основного этиологического фактора, вызвавшего дистрофический процесс, но и от выраженности дистрофического процесса, его преимущественной локализации, соотношения восстановительных (компенсаторных) и повреждающих процессов в миокарде.