



ХРБС

Выполнила: Аширбаева А

Группа: ОМІЗ-057-01

Курс:5

Проверила: Профессор Исаева Б. Г.

Алматы 2017

План

- ХРБС
- Формы порока сердца
- Симптомы
- Недостаточность МК
- Митральный стеноз
- Недостаточность АО
- Стеноз устья Аорты
- Лечение
- Первичная профилактика
- Вторичная профилактика

Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС)

- - заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесённой острой ревматической лихорадки.



Формы порока сердца

- стеноз (сужение клапанного отверстия);
- недостаточность (неполное смыкание створок клапанов);
- сочетанный порок сердца – наличие и стеноза, и недостаточности одного и того же клапана;
- комбинированный порок сердца – поражение нескольких клапанов сердца.

Симптомы

- 1.Симптомы, которые указывают на интоксикацию организма. Появляются недомогание, бледность кожных покровов, ощущение вялости, слабости. Человек быстро устает.
- 2.При больших нагрузках возникает одышка, но потом она появляется даже, когда человек находится в спокойном состоянии. Потом такой симптом может проявляться, когда человек спит ночью.
- 3.На лодыжках и голенях появляется отечность, причем она располагается симметрично.
- 4.Учащается ритм работы сердца.
- 5.Появляются проблемы с сокращением сердечной мышцы.
- 6.Болезненные ощущения в области груди, которые возникают, если имеются большие нагрузки.

- **7.**Ревматизм и его проявления.
- **8.**Иногда появляется кашель, во время которого входит мокрота. В некоторых случаях можно заметить сгустки крови. Обычно такое происходит, когда поражен митральный клапан.
- **9.**Цианоз области возле губ и носа. На щеках появляется румянец. Такие симптомы тоже характерны для заболеваний митрального клапана - точнее, его порока.
- **10.**Внутри груди чувствуется сильная пульсация. Ее можно почувствовать и в тех местах, где сосуды близко подходят к коже. К примеру, на шее. Такое ощущается обычно при недостаточности функционирования аортального клапана.
- **11.**Человек может быстро худеть. Если проблема развивается в детском возрасте, то ребенок отстает от остальных в физическом развитии. Обычно такое происходит, если имеется сужение митрального клапана.
- **12.**Человек может падать в обморок, часто жалуется на головные боли и головокружение. Такое обычно происходит при недостаточности функционирования аортального клапана.

Недостаточность МК

- Длительно больные не предъявляют жалоб, порок может быть выявлен при случайном врачебном осмотре. При прогрессировании заболевания появляются: одышка при физической нагрузке, а затем и в покое, кашель, приступы удушья по ночам; акроцианоз; кашель с небольшим количеством мокроты; боли в правом подреберье вследствие увеличения размеров печени; отеки голеней и стоп.
- Аускультативно—систолический шум, отражающий митральную регургитацию, имеет следующие характеристики: длительный, интенсивный, дующий; имеет различную продолжительность и интенсивность, особенно на ранних стадиях заболевания; существенно не изменяется при перемене положения тела и фазы дыхания; связан с I тоном и занимает большую часть систолы, и оптимально выслушивается на верхушке сердца, проводится в левую подмышечную область.

Инструментальные методы исследования

- **ДЭхоКГ** – (золотой стандарт диагностики порока) позволяет выявить степень недостаточности митрального клапана, морфологические изменения его клапанов.
- **ЭКГ** – признаки перегрузки и гипертрофии различных отделов сердца, аритмии: экстрасистолию, фибрилляцию предсердий.
- Осложнениями недостаточности митрального клапана являются фатальные аритмии при декомпенсации порока и инфекционный эндокардит. При тяжелом поражении митрального клапана проводят клапаносохраняющую операцию – аннулопластику с использованием полужесткого искусственного кольца.

Митральный стеноз

- -цианотичный румянец щек; сердцебиение; отеки; боли в грудной клетке; снижение массы тела; у детей отставание в росте и физическом развитии; общая слабость, повышенная утомляемость; приступы удушья в ночное время; кашель с мокротой, иногда с прожилками крови.
- Аускультативно—громкий I тон открытия митрального клапана, «ритм перепела», диастолический шум в области верхушки сердца.

- **ДЭхоКГ-** (золотой стандарт диагностики порока) позволяет выявить степень стеноза, дилатацию и гипертрофию правого желудочка, левого предсердия.
- **Рентгенограмме ОГП** – кардиомегалия за счет увеличения левого предсердия и правого желудочка, выбухание дуги легочной артерии, признаки легочной гипертензии.
- **ЭКГ** – ЭОС отклонена вправо, признаки гипертрофии левого предсердия и правого желудочка. Ранний признак стеноза - изменение зубца Р: вначале он высокий и широкий, позже он расщепляется в I, II стандартных отведениях и в AVL, в отведениях V1 и V2 зубец Р двухфазный (+,-).
- **Прогноз** для пациентов, имеющих стеноз митрального клапана серьезен, так как адаптационные механизмы левого предсердия и правого желудочка значительно ограничены. При прогрессировании стеноза митрального клапана проводится оперативная коррекция в виде баллонной вальвулопластики или митральной комиссуротомии.

Недостаточность АК

- - пульсация на сонной артерии, в области сердца заметная на глаз сердцебиение; бледность, головокружение, обморочные состояния; боль в области сердца, возникающая при физической нагрузке; одышка; общая слабость, утомляемость.
- Аускультативный признак: протодиастолический шум в точке Боткина. Артериальное давление: высокое -систолическое, низкое – диастолическое.

- **Рентгенография ОГП**- выявление «аортальной» конфигурации сердца, с подчеркнутой талией.
- **ДЭхоКГ** - подтверждает диагноз недостаточности аортального клапана.
- **ЭКГ** - отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка без его систолической перегрузки.
- **Прогноз.** Отличительной способностью данного порока сердца является то, что порок у детей и подростков может быть длительно компенсированным, без возникновения жалоб. В более старшем возрасте, при появлении жалоб у пациента, без хирургического лечения продолжительность жизни может составить 3-5 лет.
- Протезирование аортального клапана проводится в более ранние сроки аортальной недостаточности; хорошие результаты хирургического лечения у 75% больных сохраняются до 10 лет

Стеноз устья аорты

- характеризуется болью за грудиной, которая возникает при физической нагрузке; головная боль; головокружение; одышка; повышенная утомляемость; бледность кожных покровов; симптом систолического «кошачьего мурлыкания».
Артериальное давление снижено до 100/60 мм рт.ст. и ниже.

- **ЭКГ** – отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка, иногда признаки полной или неполной блокады левой ножки пучка Гиса.
- **Рентгенография ОГП:** в стадии декомпенсации определяется «аортальная» конфигурация сердца, с выраженной талией сердца и постстенотическим расширением аорты, при легочной гипертензии – признаки застоя крови в легких по венозному и артериальному руслу.
- **ДЭХОКГ** – выявляет все признаки, характерные для стеноза аорты.
- **Прогноз.** При тяжелом течении порока 25% больных умирают на первом году жизни (у взрослых). Неблагоприятными прогностическими признаками являются такие клинические проявления как, обмороки, боли в сердце ишемического характера, левожелудочковая недостаточность. При появлении этих признаков необходима хирургическая коррекция порока. При протезировании механическими клапанами необходим пожизненный прием антикоагулянтов, при протезировании биологическими протезами – повторная операция по замене клапана показана через 12-15 лет.

Лечение

- Основные группы ЛС, применяемых в лечении застойной сердечной недостаточности у больных ОРЛ и РПС: Диуретики, В-Адреноблокаторы, Ингибиторы АПФ, Сердечные гликозиды. Дозы и схемы применения вышеуказанных ЛС аналогичны таковым при лечении застойной сердечной недостаточности иной этиологии.

Лекарственное средство	Фармакологические группы	Способ введения	Разовая доза	Кратность применения	Длительность курса лечения
Бензилпенициллина натриевая соль	В лактамный антибиотик	в/м, в/в	1млн ЕД;	4 раза в сутки	7-10 дней
Амоксициллин + клавулановая кислота	полусинтетический пенициллин и ингибитор β - лактамаз + клавулановая кислота.	внутри	625мг	3–4 раза в сутки	7-10 дней
Цефуроксим	Цефалоспориновый антибиотик II поколения	внутри	250 мг	2 раз в сутки	7-10 дней
Цефексим	Цефалоспориновый антибиотик III поколения	внутри	400 мг	2 раз в сутки	7-10 дней
Азитромицин	Антибиотик группы макролидов	внутри	500 мг	2раз в сутки	7-10 дней
Бензатина бензилпенициллин	Антибиотик группы пенициллинов пролонгированного действия.	в/м	2,4 млн	1раз в 3 недели	круглогодично

Глюкокортикостероидная терапия:

преднизолон	Синтетический глюкокортикостероидный гормональный препарат	внутри	5 мг	1-2 раз в сутки	1,5-2 месяца
метилпреднизолон	Синтетический глюкокортикостероидный гормональный препарат	внутри	4 мг	1-2 раза в сутки	1,5-2 месяца

Нестероидные противовоспалительные препараты:

Диклофенак	Производный уксусной кислоты	Внутри	75- 100 мг	3 раз в сутки	1,5-2 месяца
Диклофенак	Производный уксусной кислоты	в/м	75 мг 2,0-3,0 мл	1-3 раза в сутки	5 дней
Ацеклофенак	Производный уксусной кислоты	внутри	100мг	1-2 раза в сутки	1,5-2 месяца
мелоксикам	Производное оксикама, Селективный ингибитор ЦОГ-2	внутри	7,5-15 мг	1-2 раза в Сутки	1,5-2 месяца
мелоксикам	Производное оксикама, Селективный ингибитор ЦОГ-2	в/м	15 мг 1,5 мл	1 раз в сутки	5 дней
эторикоксиб	коксибы	внутри	60 мг 90-120 мг	1 раз в сутки	1,5-2 мес

Лекарственное средство	Фармакологические группы	Способ введения	Разовая доза	Кратность применения	Длительность курса лечения
Антиагреганты:					
Ацетилсалициловая кислота	Производное салициловой кислоты	Внутрь	50 мг 75 мг 100 мг	1раз в сутки	длительно
Антикоагулянты:					
Варфарин	Непрямой антикоагулянт	внутри	2,5-7,5 мг	1-2 раза в сутки	длительно
Препараты, влияющие на микроциркуляцию:					
Пентоксифиллин	Селективные Ингибиторы обратного захвата серотонина	в/в	100-300 мг	1раз в день	курсами

Ингибиторы АПФ:

Эналаприл	гипотензивное, вазодилатирующее, кардиопротективное, натрийуретическое	внутри	2,5-5 мг	1-2 раза в сутки	длительно
Фозиноприл	гипотензивное, вазодилатирующее, кардиопротективное, натрийуретическое	внутри	2,5мг , 5мг 10 мг/сут	1 раз в сутки	длительно

Антагонисты кальция:

Дилтиазем	Антагонист кальциевых каналов	внутри	180-360 мг	2 раза в сутки	длительно
Верапамил	Антагонист кальциевых каналов	внутри	240-480 мг	3-4 раза в сутки	длительно
Амлодипин	Антагонист кальциевых каналов	внутри	2,5-20 мг	1-2 раза в сутки	длительно

Бета-блокаторы:

Метопролол	Бета- адреноблокатор	внутри	6,25мг,12,5мг 25 мг	1-2 раза в сутки	длительно
Карведилол	Бета- адреноблокатор	внутри	3,125-6,5 мг	2 раза в сутки	длительно
Бисопролол	Бета- адреноблокатор	внутри	1,75-2,5 мг	1 раза в сутки	длительно

Блокаторы рецепторов ангиотензина:

Валсартан	Антагонист рецепторов ангиотензина II	внутри	20-40 мг	1 раза в сутки	длительно
------------------	---------------------------------------	--------	----------	----------------	-----------

Сердечные гликозиды:

Дигоксин	Сердечный гликозид	внутри	0,25-0,5 мг	1-2 раза в сутки	курсами
Дигоксин	Сердечный гликозид	в/в	0,25 мг	1-2 раза в сутки	курсами

Диуретики:

Фуросемид	Петлевой диуретик	внутри	40 мг	1 раз в сутки	курсами
Фуросемид	Петлевой диуретик	в/м, в/в	20-40 мг	1 раз в сутки	курсами
Гидрохлортиазид	производные бензотиадиазина	внутри	25-100 мг	1 раз в сутки	курсами
Торасемид	Петлевой диуретик	внутри	5-10мг	1 раз в сутки	курсами
Спиронолактон	Калий сберегающий диуретик	внутри	25-100мг	1-2 раза в сутки	курсами

Первичная профилактика

- Первичная профилактика для уровня ПМСП
Своевременная адекватная антимикробная терапия острой и хронической рецидивирующей БГСА — инфекции верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит). Антимикробная терапия острого БГСА — тонзиллита.

Вторичная профилактика

- Вторичную профилактику начинают ещё в стационаре сразу после окончания этиотропной антистрептококковой терапии.
- **Бензатина бензилпенициллин** — основное лекарственное средство (ЛС), применяемое для вторичной профилактики ОРЛ - в/м 1 раз в 3 нед взрослым и подросткам 2,4 млн ЕД.
- Для больных со сформированным пороком сердца (в т.ч. оперированным) — пожизненно. Наиболее эффективной лекарственной формой бензатина бензилпенициллина является экстенциллин. Из отечественных ЛС рекомендуется бициллин-1, который назначают в вышеуказанных дозах 1 раз в 7 дней.

Пациенты с ревматическими пороками сердца

- В соответствии с данными экспертов Американской кардиологической ассоциации все больные с РПС входят в категорию умеренного риска развития инфекционного эндокардита. Этим пациентам при выполнении различных медицинских манипуляций, сопровождающихся бактериемией (экстракция зуба, тонзиллэктомия, аденотомия, операции на желчных путях или кишечнике, вмешательства на предстательной железе и т. д.), необходимо профилактическое назначение антибиотиков.

При манипуляциях на полости рта, пищеводе,
дыхательных путях:

- Стандартная схема - взрослым внутрь за 1 ч до процедуры амоксициллин 2 г;
- При невозможности приёма внутрь - взрослым в/в или в/м за 30 мин до процедуры ампициллин 2 г;
- При аллергии к пенициллину - взрослым внутрь за 1 ч до процедуры клиндамицин 600 мг, или цефалексин 2 г, или цефадроксил 2 г, или азитромицин 500 мг, или кларитромицин 500 мг
- При аллергии к пенициллину и невозможности приёма внутрь взрослым за 30 мин до процедуры клиндамицин в/в 600 мг или цефазолин в/м или в/в 1 г .

При манипуляциях на желудочно-кишечном или урогенитальном трактах:

- Стандартная схема - взрослым амоксициллин 2 г внутрь за 1 ч до процедуры или ампициллин 2 г в/м или в/в за 30 мин до процедуры;
- При аллергии к пенициллину взрослым ванкомицин 1 г в/в в течение 1—2 ч, введение закончить за 30 мин до процедуры.

Источники

- Протокол №12 от «29» сентября 2016 года
- Пропедевтика внутренних болезней.
Гребенев