

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

**Кафедра: Педиатрия**  
**Тақырыбы: Туа пайда болған кардит.**  
**Клиникасы. Диагнозы**

**Орындаған: Ихазова Г**  
**Факультет: Жалпы медицина**  
**Курс: 4**  
**Топ: 21-2**  
**Тексерген:**

**Алматы 2016ж**

# Жоспар



## I. Кіріспе

Туа пайда болған кардит туралы түсінік, жіктелуі

## II. Негізгі бөлім

- \* Ерте және кеш кардит
- \* Ерте және кеш антенаталды кардит
- \* Жедел постнаталды кардит
- \* Фиброэластоз
- \* Арнайы зерттеулер
- \* Диагнозы
- \* Емі.

## III. Қорытынды

# Туа пайда болған кардит

Туа пайда болған кардит кейде антенатальды кезеңде анықталады, бірақ жиі жедел жүрек жетіспеушілігінің басталуымен байланысты өмірінің бірінші аптасы немесе алғашқы айларында диагностикаланады.



# Этиологиясы



- \* Вирустар ( коксаки вирусы, герпес, цитомегаловирус, қызамық және т.б.).
- \* Бактериялар: сифилис, листериоз, туберкулез
- \* Паразиттер: токсоплазмоз
- \* Саңырауқұлақтар.
- \* Аллергиялық.
- \* Дәрі-дәрмектер

# Жіктелуі

Туа пайда болған  
кардит

Ерте

Кеш

Аntenатальды

Жедел  
постнатальды

Ерте

Кеш

# Ерте кардит

*Құрсақішілік өмірінің 4-7-ші айында пайда болады және айқын қабыну белгілерінсіз (фиброэластоз, эластофиброз) миокардының субэндокардиалды қабаттарындағы интенсивті эластикалық және фиброзды тіндер байқалады. Кейде үрдіске жүрек ақауларының дамуына әкелетін хордалар мен қақпақшалық аппараты қатысады.*



## Клиникасы

- \* Нәресте туылғанда аз дене салмағымен немесе келесіде нашар салмақ қосумен,*
- \* Ему кезінде тез шаршағыштықпен,*
- \* Себепсіз мазасызданумен,*
- \* Тершеңдікпен,*
- \* Бозарумен көрінеді.*

# Көрінісі

- \* Кардиомегалия;
- \* «Жүректік өркеш»;

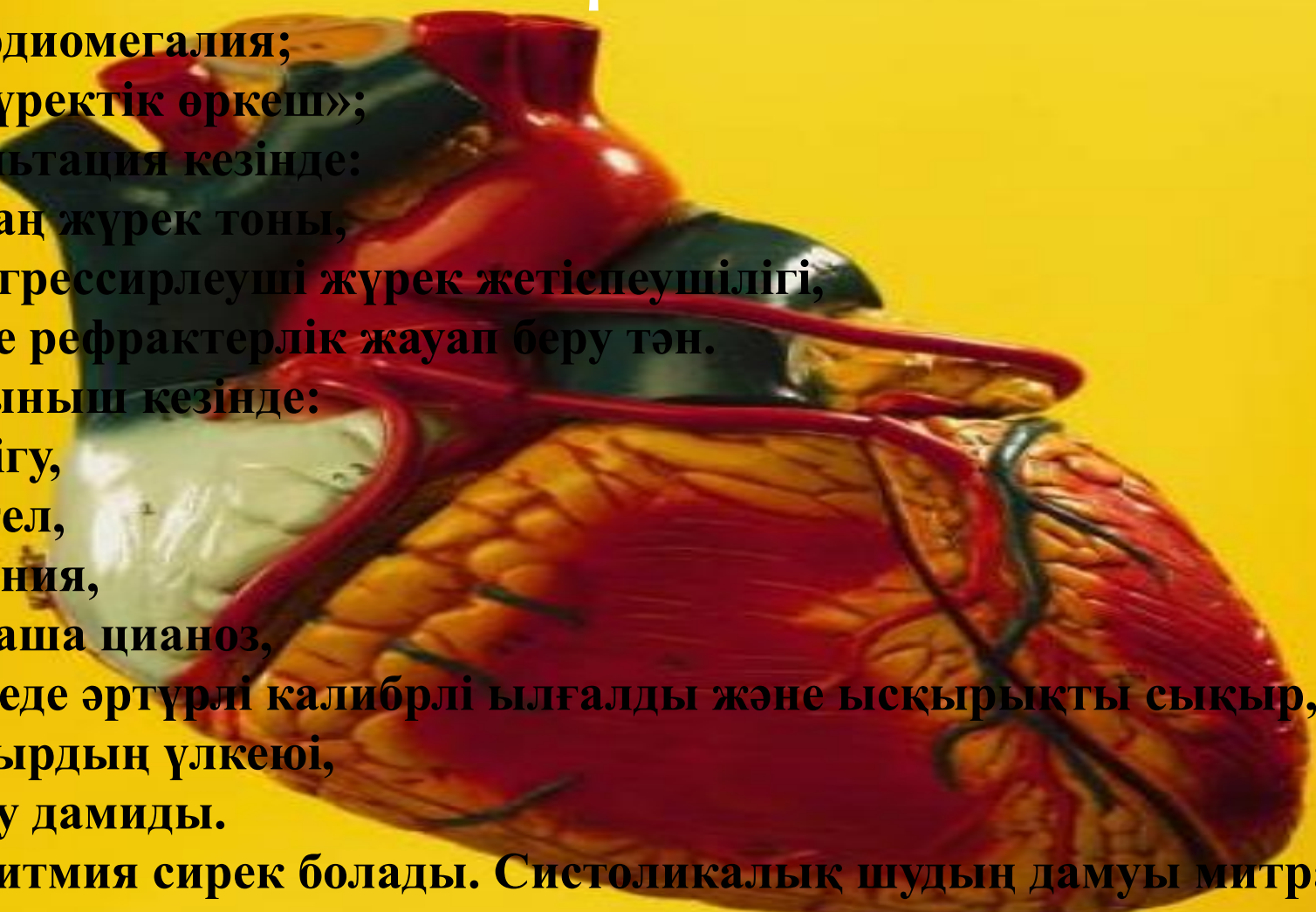
Аускультация кезінде:

- сараң жүрек тоны,
- прогрессирлеуші жүрек жетіспеушілігі,
- емге рефрактерлік жауап беру тән.

Жиі тыныш кезінде:

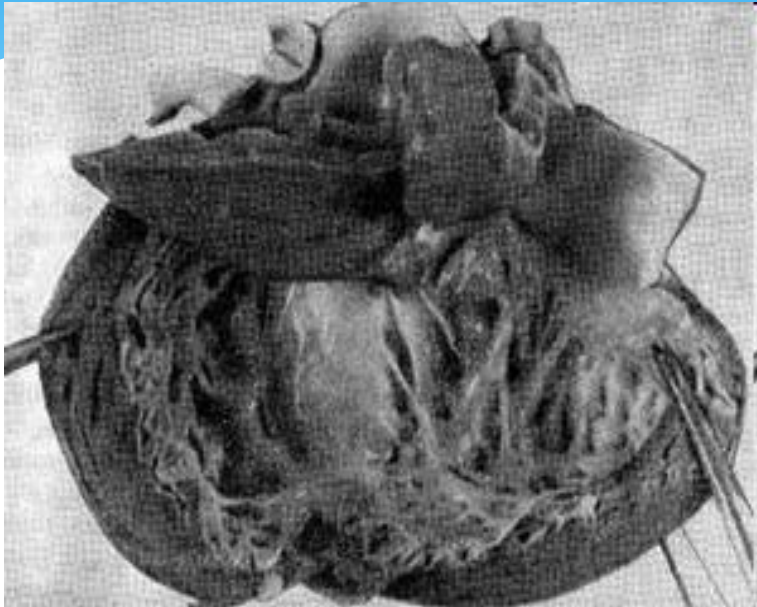
- ентигу,
- жөтел,
- афония,
- орташа цианоз,
- өкпеде әртүрлі калибрлі ылғалды және ысқырықты сықыр,
- бауырдың үлкеюі,
- ісіну дамиды.

Аритмия сирек болады. Систоликалық шудың дамуы митральды қақпақшалардың салыстырмалы немесе органикалық жетіспеушілігімен байланысты, бірақ жиі шу болмайды.





# Рентгенограмма



**Жүрек шар немесе овоидты, фиброэластоз кезінде - трапеция тәрізді болады.**

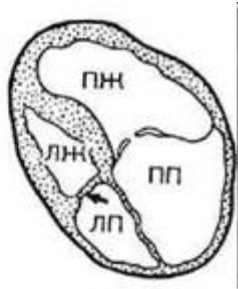
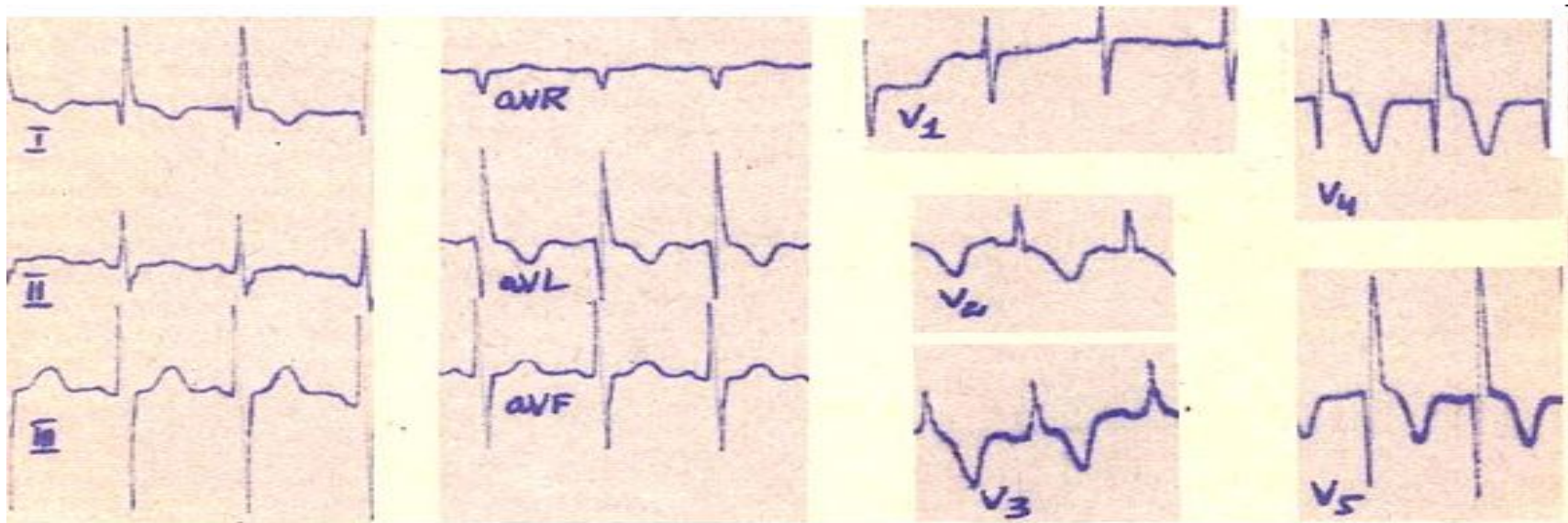


Рис. 72. Синдром гиповлазии левого желудочка. Эхокардиограмма.

# ЭКГ

- \* *ригидті ритм,*
- \* *инфильтрация әсерінен миокард қалыңдығының ұлғаюы есебінен сол қарынша гипертрофиясы белгілері,*
- \* *оның субэндокардиалды бөлімінің зақымдалуымен көрінеді*



## Кеш кардит

**Құрсақішілік өмірінің 7-ші айынан кейін пайда болады. Оған эластикалық және фиброзды тіндерінің түзілуінсіз миокардтағы нақты қабыну өзгерістері тән. Туа пайда болған кардитпен балалардың анамнезінде анасының жүктілік кезінде жедел және созылмалы инфекциялық аурулардың болғанын анықтаймыз. Аурудың клиникасы және инструменталды-графикалық симптомсы және оның ағымы созылмалы ревматикалық емес кардиттің ауыр формасымен ұқсас. Соңғысынан туа пайда болған кардит ерте көрінісімен, прогрессирлеуші ағымымен, жүргізілген терапияға қабылдамаушылығымен ерекшеленеді.**



# Клиникасы

Рентгенологиялық тексеруде:

- жүрек көлеңкесінің шар тәрізді немесе овоидты формада,
- жіңішке тамырлық шоғыр,
- сол қарынша пульсациясы амплитудасының бірден төмендеуі белгіленеді.

ЭКГ- да:

- синусоидты тахикардия,
- QRS жүйесінің жоғары вольтажы,
- терең Q тісімен сол қарыншаның гипертрофия белгілері және миокардтың эндокардиалды гипоксия,
- кей жағдайда- оң қарыншаның шектен тыс зорығуы және гипертрофиясы анықталады.

Орташа кардиомегалиямен, жүректің ритмінің әртүрлі бұзылыстарымен және жүрекшелердің дірілімен, қатты жүрек тонымен, жүрек жетіспеушілігінің аз көрінісімен сипатталады. Жиі жүректің екі немесе үш қабаттарының зақымдалу белгілері анықталады. Кейбір науқастарда аяқ асты мазасыздану, ентігу, цианоз күшеюімен тахикардия, тырысу көрініс береді.

# Ерте антенаталды кардит

- \* Жүктіліктің алғашқы айларындағы құрсақішілік персистерлеуші вирусты инфекциямен шақырылады.
- \* Жүктіліктің аяғында жүректегі қабыну үрдісі аяқталады және бала туылған соң әдетте кардиомиопатия диагностикаланады.
- \* Морфологиялық өзгерістер эндокард және миокардта эластоз және фиброз дамуымен пролиферацияға алып барады.
- \* Макроскопияда дилатациямен және орташа сол қарынша миокардының гипертрофиясымен кардиомегалия анықталады



# **Кеш антенаталды кардит**

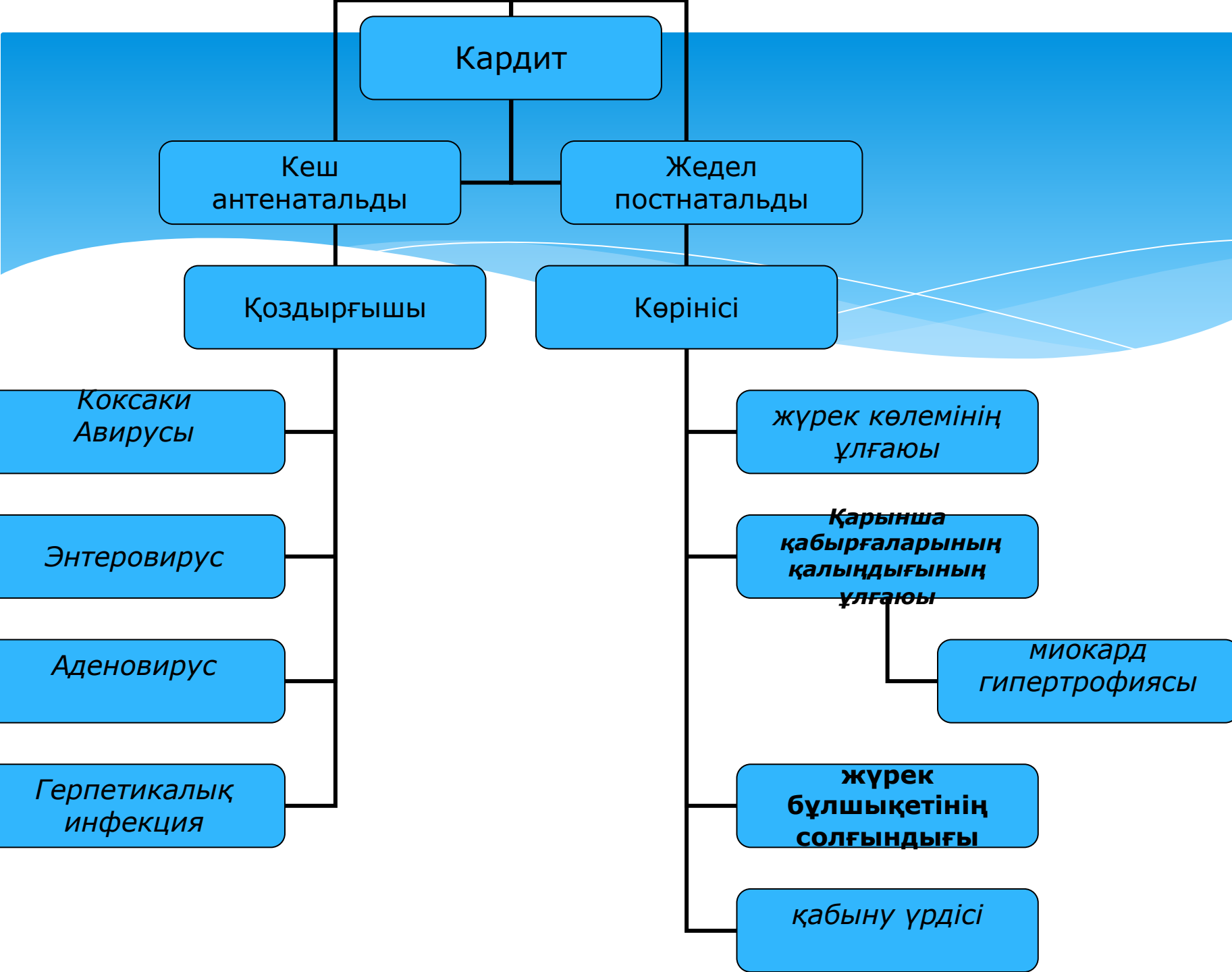
**Жүктіліктің соңғы триместрінде дамиды және нәрестелер қабынудың жедел фазасымен және аурудың клиникалық көріністерімен туылады**

# **Жедел постнаталды кардит**

**Нәрестенің жаңа туылған кезеңінде дамиды**







Кардит

Кеш антенатальды

Жедел постнатальды

Қоздырғышы

Көрінісі

Коксаки Вирусы

Энтеровирус

Аденовирус

Герпетикалық инфекция

жүрек көлемінің ұлғаюы

Қарынша қабырғаларының қалыңдығының ұлғаюы

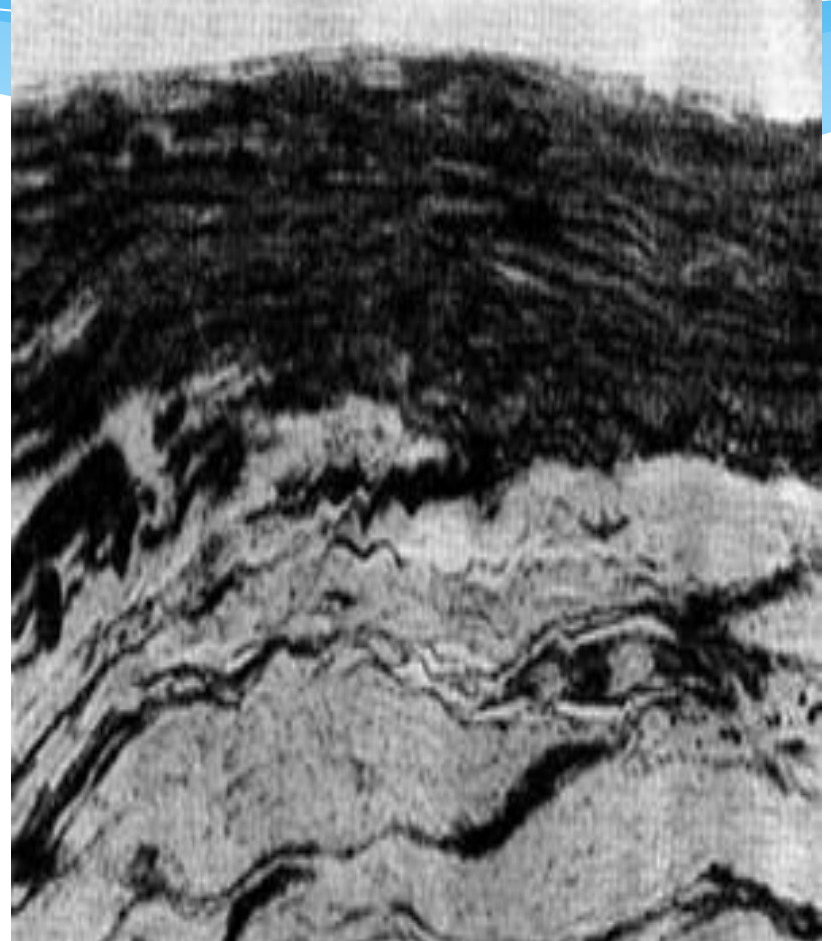
миокард гипертрофиясы

жүрек бұлшықетінің солғындығы

қабыну үрдісі

# Гистологиялық зерттеуде:

- Жүрек паренхима және стромасында диффузды-ошақты қабыну үрдісі жүреді;
- Қабыну ошағы жиі жүрекшелердің қарыншамен шекарасы аймағында немесе миокардтың субэндокардиалды және субэпикардиалды зонасында орналасады.
- Миоцит ядросының гипертрофиясы болмайды



# Фиброэластоз

Туа пайда болған кардиттер арасында туа пайда болған ерте эндокардит-эндокардтың фиброэластозының үлкен маңызы бар.

Фиброэластоз – жүректің бір немесе бірнеше бөлімінің эндокардының жайылмалы қалындауы.

Бұл қалындау коллагенді немесе эластикалық талшықтардан құралады. Кейбір мәліметтерге сәйкес, фиброэластоз ауру болып табылмайды, тек эндокардтың кез келген стресске бейспецификалық жауап ретінде дамитын процесс.

Фиброэластоз бала өмірінің алғашқы айларында симптомдары көрініс беретін, өте ауыр жағдай. Баланың алғашқы айларында:

- \* Әлсіздік,
- \* Әлсіз емшек ему немесе бас тарту,
- \* Тахикардия,
- \* Ему кезінде ентігу
- \* Терісі бозарған,
- \* Цианотикалық ұстама болуы мүмкін.
- \* Физикалық дамуы қалыста.

Екі жүрекшелердің зорығу белгілері, II және III қалыпты әкетулерде Q терең тістері, aVF, V5, V6 болады. ЭхоКГ- да жүрек қуысының дилатациясы мен кардиомегалиядан басқа, сол қарынша миокардтың жиырылғыш және әсіресе релаксациялық функциясы төмендеуін, қақпақшалардың зақымдануын, жиі митральді, өкпелік гипертензия көреміз.

- \* Фиброэластоз диагнозын жүрек бұлшықеті және эндокардтың биоптатының морфологиялық зерттеуіне сүйеніп қояды.



# Фиброэластоз бен эластофиброздың ЭКГ-дағы дифференциалды диагностикалық белгілері:

| <b>Белгілер</b>                                   | <b>Фиброэластоз</b>               | <b>Эластофиброз</b>                           |
|---|-----------------------------------|---|
| <i>Жүректің электрлік осі</i>                     | <i>Қалыпта</i>                    | <i>Қалыпта не солға<br/>ығысқан</i>           |
| <i>Ритм мен өткізгіштік<br/>бұзылысы</i>          | <i>Өте сирек</i>                  | <i>Жиі</i>                                    |
| <i>QRS вольтажы жоғары</i>                        | <i>Едәуір</i>                     | <i>Онша емес</i>                              |
| <i>Сол қарынша<br/>миокарды<br/>гипертрофиясы</i> | <i>Сирек</i>                      | <i>Жиі</i>                                    |
| <i>Q тішесі үлкеюі</i>                            | <i>Сирек</i>                      | <i>II, III, aVF, V<br/>әкетулерінде аздап</i> |
| <i>ЭКГ динамикасы</i>                             | <i>Жоқ, оң динамика<br/>сирек</i> | <i>Жиі оң динамика не<br/>болмайды</i>        |

# Лабораториялық сынақтар

- \* Креатинфосфокиназа, малат-, лактатдегидрогеназа және оның изоферменттерінің артуы кардит бар екенін көрсетеді, бірақ оның көрсеткіштері қалыптағыдан артық болмаса, кардит жоқ деуге болмайды.
- \* Диагнозды дәл қоюда антикардиалдық қарсыденелердің және қаннан, мұрын ішінен, фекалиден вирусқа қарсыденелердің жоғары титрін табудың маңызы зор.
- \* Иммуноглобин М, G деңгейі жоғары болса, ол кардит екеніне қосымша дәлел болады.

# Диагнозы

Диагнозды анамнезге, клиникалық және лабораториялық белгілерге қарап қояды. Кардит диагнозын И.М.Воронцев т.б. (1982) критерилері бойынша қойған дұрыс. Осы диагностикалық алгоритм үш сатыдан тұрады:

1. Миокард бұзылысы бар не жоқ екенін анықтау
2. Миокардта өзгерістер бар болса, оның миокардит, миокардиодистрофия, болмаса миокардиосклероз екеніне жауап беру
3. Миокардит, миокардиодистрофияның этиологиясы мен патогеніз анықтау



# Емі

**Этологиясына, вариантына, ауру кезеңіне байланысты жүргізеді. Емдеу екі этаптан тұрады:**

- 1. Бірінші этапта қозғалыс белсенділігін шектейді, диета. Медикаментозды ем:**
  - \* **Қабынуға қарсы стероидты емес препарат-индометацин, диклофенак**
  - \* **Жүрек жетіспеушілігі кезінде- жүректік гликозидтер, АПФ ингибиторы, диуретик, вазодилататор.**
- 2. Екінші этапта тұратын жеріне байланысты кардиоревматолог бақылауында болады, үнемі диспансеризация бақылауында болады**

# Қолданылған әдебиеттер тізімі

- \* Б.Х.Хабижанов, С.Х. Хамзин “Балалар аурулары” Алматы 2005ж
- \* Шабалов М.П “ Детские болезни II том” Питр 2007
- \* Нұрмұхаметұлы Ә.Н “Патофизиология” Алматы 2000ж
- \* Айтбембет Б.Н “Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы ” Алматы 2002ж

hybrid

**Назарларыңызға  
рахмет!**

