ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. Кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т. Е.

Проверила: к.м.н., доцент Матыскина Н.В.

Реферат на тему:

Диспансеризация детей с пороками сердца

Выполнила: врач-ординатор 2 года

Специальность Педиатрия

Мешкова Анастасия Андреевна

**Оглавление**

[Введение 3](#_Toc147246473)

[Диспансеризация 4](#_Toc147246474)

[Диспансеризация и реабилитация детей с ВПС 4](#_Toc147246475)

[Диспансерное наблюдение за детьми с неревматическими кардитами 8](#_Toc147246476)

[Диспансеризация детей с вегетососудистой дистонией (ВСД) 9](#_Toc147246477)

[Диспансерное наблюдение детей с нарушениями ритма сердца и проводимости 13](#_Toc147246478)

[Заключение 16](#_Toc147246479)

[Список литературы 17](#_Toc147246480)

# **Введение**

Распространенность заболеваний кардиоревматологического профиля среди детского населения продолжает оставаться достаточно высокой, отмечается большой риск инвалидизации детей этой группы. Болезни сердечно - сосудистой системы (ССС) представлены широким спектром нозологических единиц, это требует дифференцированного подхода в диагностике и лечении ведущего синдрома.

За последние годы структура сердечно-сосудистых заболеваний у детей значительно изменилась. Заметно уменьшилась распространенность ревматизма. Ведущее место стали занимать врожденные пороки сердца, значительно возросло число неревматических кардитов, нарушений ритма, дистонических состояний. Тяжелые органические заболевания сердца врожденного и приобретенного характера являются одной из причин заболеваемости и смертности детей. Неуклонно возрастает число детей, страдающих функциональными нарушениями ССС. В связи с этим, особую важность приобретают проблемы раннего выявления патологии, разработки критериев прогноза заболеваний, раннего назначения оздоровительных и реабилитационных мероприятий; необходимость достижения стойкой ремиссии в детском и подростковом возрасте и профилактики прогрессирования заболевания.

# **Диспансеризация**

Диспансерное наблюдение за детьми с патологией ССС в условиях поликлиники осуществляет участковый врач и кардиоревматолог. Участковый врач занимается вопросами первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, обеспечивая в первую очередь мероприятия, направленные на повышение сопротивляемости детского организма. Врачкардиоревматолог осуществляет мероприятия, связанные со вторичной профилактикой, предупреждением рецидивов и осложнений у больных детей. Кроме наблюдения за больными, взятыми на учет, он обеспечивает организационно-методическое руководство диспансеризацией, занимается повышением квалификации медицинских работников, проводит санитарно-просветительскую работу среди населения, осуществляет консультативную помощь по выявлению больных.

Диспансерному наблюдению подлежат:

1) дети с врожденными пороками сердца и сосудов;

2) больные острой ревматической лихорадкой и хронической ревматической болезнью сердца в активной и неактивной форме; дети с хроническими очагами инфекции (угрожаемые по ревматизму);

3) больные неспецифическими миокардитами, кардиомиопатиями;

4) больные с нарушениями ритма сердца

5) больные с диффузными заболеваниями соединительной ткани, ювенильным ревматоидным артиритом;

6) дети с вегето - сосудистой дистонией, синкопальными состояниями;

7) дети и подростки с артериальной гипертензией и гипотензией:

8) больные с сердечной недостаточностью.

# **Диспансеризация и реабилитация детей с ВПС**

Принципы организации помощи новорожденным с ВПС:

* своевременное выявление в роддоме детей с подозрением на ВПС;
* топическая диагностика порока;
* адекватная консервативная терапия;
* своевременное хирургическое лечение.

Все дети с подозрением на наличие ВПС должны быть обследованы [кардиологом](https://pandia.ru/text/category/kardiologiya/), направлены в специализированный стационар и далее в кардиологические центры для установления топического диагноза порока. При обследовании в стационаре (общеклиническое обследование, ЭКГ, ФКГ, рентгенография в трех проекциях, ЭхоКГ с допплерографией, измерение АД на верхних и нижних конечностях, пробы с физической нагрузкой и [фармакологические](https://pandia.ru/text/category/farmakologiya/) пробы) должен быть поставлен развернутый диагноз с указанием топики ВПС, степени легочной гипертензии, фазы течения порока, функционального класса, степени сердечной недостаточности, характера осложнений и сопутствующих заболеваний. Во всех случаях ВПС необходима консультация кардиохирурга для решения вопроса о показаниях и сроках хирургической коррекции порока.

При наличии признаков нарушения кровообращения проводится медикаментозная кардиотоническая, кардиотрофическая и общеукрепляющая терапия. Больным с СН 1-2ст достаточно проведения только кардиотрофической и общеукрепляющей терапии (лечение дистрофии, [анемии](https://pandia.ru/text/category/anemiya/), гиповитаминоза, иммунокоррекция). Больные с СН 3-4 ст после проведения активной кардиотонической и мочегонной терапии (кроме больных с ТФ, гипертрофическим субаортальным стенозом) и лечения вазодилятаторами (ингибиторами АПФ) выписываются под амбулаторное наблюдение кардиолога и [педиатра](https://pandia.ru/text/category/pediatriya/). Им рекомендуется пролонгированное лечение поддерживающими дозами сердечных гликозидов, ингибиторов АПФ, препаратов калия и магния, кардиотрофиков.

Больные с ВПС выписываются из стационара (с определением сроков следующей плановой госпитализации) под амбулаторное наблюдение кардиолога и педиатра.

Дети первого месяца жизни с ВПС наблюдаются кардиологом еженедельно, в первом полугодии – 2 раза в месяц, во втором – ежемесячно, после первого года жизни – 2 раза в год. Не реже 1 раза в год, а иногда и чаще больной должен планово обследоваться в стационаре, в том числе осматриваться кардиохирургом, для динамического контроля, коррекции доз поддерживающей терапии, санации очагов инфекции. При этом необходимо не реже, чем 1 раз в квартал, регистрировать ЭКГ, 2 раза в год проводить ЭхоКГ и 1 раз в год – рентгенографию грудной клетки.

Существующее мнение о значительном ограничении двигательной активности больных ВПС в последние годы считается некорректными. Гиподинамия лишь ухудшает функциональное состояние миокарда, особенно на фоне естественной, возрастной физической активности детского организма. С учетом особенностей каждого ВПС необходимо проводить постоянные занятия ЛФК по облегченной программе, курсы лечебного массажа, закаливающие процедуры.

Профилактические [прививки](https://pandia.ru/text/category/privivki/) противопоказаны при сложных цианотических пороках или ВПС бледного типа с сердечной недостаточностью 3-4 функциональных классов, а также при наличии признаков текущего подострого бактериального эндокардита.

Психологическая реабилитация.

Больные с цианотическими пороками сердца, протекающими со сгущением крови, нарушением ее [реологии](https://pandia.ru/text/category/reologiya/), полицитемией, для профилактики возможных тромбозов, особенно в жаркие сезоны года, должны потреблять достаточное количество жидкости, а также принимать антикоагулянты и дезагреганты (курантил, фенилин) в малых дозах.

Санация хронических очагов инфекции (консультация [стоматолога](https://pandia.ru/text/category/stomatologiya/) и [отоларинголога](https://pandia.ru/text/category/otolaringologiya/) 2 раза в год).

Радикальное устранение порока оказывает значительное положительное влияние на функциональное состояние организма. Дети начинают прибавлять в массе тела, у них существенно уменьшаются признаки нарушения кровообращения, увеличивается их двигательная активность, уменьшается склонность к рецидивирующим респираторным заболеваниям и вероятность развития бактериального эндокардита.

Для профилактики развития инфекционного эндокардита необходимо выделение групп риска по ИЭ, в которую входят:

- все больные с ВПС, особенно с цианотическими ВПС (ТФ, ТМС со стенозом легочной артерии), со стенозом аорты, двустворчатым аортальным клапаном, КА, небольшие дефекты МЖП;

- больные с аускультативной формой ПМК;

- все больные, оперированные по поводу ВПС, особенно с наложением заплат из синтетического материала;

- больные с ВПС, которым проводили катетеризацию сердечных полостей и магистральных сосудов, вшивание кардиостимуляторов;

- больные с ВПС, которым в результате операции установлены клапанные протезы;

- больные, излеченные от инфекционного эндокардита.

Особо угрожаемыми по возникновению ИЭ являются пациенты с оперированными ВПС в первые 2-6 мес. после операции, имеющие ослабленный иммунитет, нагноившиеся раны, склонность к пиодермии и фурункулезу, а также хронические очаги инфекции.

Первичная профилактика ИЭ у всех детей с ВПС и аускультативной формой ПМК включает:

* диспансеризацию у кардиолога с плановым ежеквартальным обследованием (общий анализ крови и мочи, АД, ЭКГ), ЭхоКГ – 2 раза в год, рентгенография грудной клетки 1 раз в год. Консультация стоматолога и [отоларинголога](https://pandia.ru/text/category/otolaringologiya/) – 2 раза в год.
* при наслоении интеркурентных заболеваний (ОРВИ, [ангины](https://pandia.ru/text/category/angina/), [бронхита](https://pandia.ru/text/category/bronhit/) и др.) необходимо проводить [антибиотикотерапию](https://pandia.ru/text/category/antibiotik/) (пенициллины, макролиды перорально или в/м в течение 10 дней).
* хронические очаги инфекции должны быть [санированы](https://pandia.ru/text/category/sanirovanie/) с одновременным проведением полного курса консервативного лечения.
* малые хирургические операции (тонзилэктомия, аденэктомия, экстракция зубов, пломбирование зубов нижнего уровня десен, хирургическое лечение фурункулов и другие хирургические манипуляции, а также установка венозных катетеров, гемодиализ, плазмаферез) и другие вмешательства, способные вызвать кратковременную бактериемию, должны проводиться строго по показаниям и под “прикрытием” антибиотиков). Антибиотики (полусинтетические пенициллины или макролиды) назначаются за 1-2 дня до операции и в течение 3-х дней после нее.

После операций на сердце, особенно в первые 2 - 6 мес, необходимо ежедневно проводить термометрию. Общий анализ крови и мочи выполняются в течение первого месяца после операции через каждые 10 дней, в течение первого полугодия – 2 раза в месяц, а в течение второго полугодия – ежемесячно. Регистрацию ЭКГ, ЭхоКГ в первое полугодие проводят ежеквартально, а затем 2 раза в год, рентгенографию грудной клетки 1 раз в год. После выписки из хирургического кардиоцентра на обследование в стационар кардиологического отделения ребенка направляют через 3 месяца для закрепления эффекта, проведения обследования, курса иммуномодулирующей, кардиотрофической и витаминной терапии, лечебной физкультуры.

Особое внимание следует придавать “застывшей” кривой динамики веса, периодическому появлению субфебрилитета у оперированных больных, бледности, усилению потливости, снижению толерантности к нагрузке, усилению “старых” и появлению новых шумов в сердце, нарастающей анемизации, периодическому повышению СОЭ, умеренному лейкоцитарному нейтрофилезу, диспротеинемии, изменениях в анализах мочи. В таких случаях необходимо выполнить повторный 2-3 разовый посев крови на флору, обследование и лечение в стационере.

Санаторно-курортное лечение рекомендуется проводить в условиях местных кардиоревматологических санаториев. Оно показано ежегодно больным с ВПС в течение 60-120 дней в году, до и после операции. Противопоказания к пребыванию детей в санатории: выраженные нарушения кровообращения, сердечная недостаточность 3-4 функциональных классов, признаки текущего подострого бактериального эндокардита, срок менее трех недель после перенесенного интеркурентного заболевания и через год после операции.

С диспансерного учета дети не снимаются и передаются под наблюдению терапевту. Тщательный амбулаторный диспансерный контроль помогает предотвратить возникновение или прогрессирование осложнений у детей с ВПС в пред и постоперационном периодах.

Friedli предложил классификацию типов коррекции ВПС на основе вероятности, что пациенту потребуется в дальнейшем последующее хирургическое вмешательство:

Истинная полная коррекция приводит к восстановлению нормальной сердечной анатомии и функции и обычно возможна при вторичных дефектах межпредсердной перегородки, дефектах межжелудочковой перегородки, открытом артериальном протоке, коарктации аорты. Хотя поздние осложнения у некоторых пациентов иногда возникают, но большинство детей ведут нормальную жизнь без повторного хирургического вмешательства.

Анатомическая коррекция с остаточными явлениями может быть проведена у пациентов с тетрадой Фалло, дефектами атриовентрикулярной перегородки и клапанными обструкциями, устраняемыми путем вальвулотомии или пластики клапана. У данных пациентов исчезают симптомы и аномальная физиология, но сохраняются остаточные дефекты, такие как недостаточность клапана или аритмии, которые могут потребовать дальнейшего вмешательства.

Коррекция с использованием протезных материалов применяется у пациентов, которым требуется анастомоз между правым желудочком и легочной артерией (при пульмональной атрезии с ДМЖП). Вследствие соматического роста и дегенерации протезного материала данной [категории](https://pandia.ru/text/category/kategoriya_/) пациентов потребуется повторная операция для замены протеза.

Физиологическая коррекция (операции *Senning* и *Mustard* по поводу транспозиции магистральных артерий, операции Fontan у пациентов с трехкамерным сердцем) устраняет нарушения сердечно-сосудистой физиологии, но не устраняет анатомических нарушений. У таких пациентов почти всегда развиваются поздние осложнения, требующие хирургического или консервативного вмешательства.

Данную классификацию весьма полезно использовать в практике педиатру и детскому кардиологу, чтобы прогнозировать вероятность появления у прооперированного пациента проблем и спланировать дальнейшее наблюдение.  
Число пациентов, у которых была проведена хирургическая коррекция ВПС, растет со скоростью, намного превышающей рост числа и нагрузок детских кардиологов. В результате этого участковый педиатр будет вынужден принимать на себя обязанности в наблюдении данной сложной группы пациентов. Педиатр должен быть в курсе всех остающихся нарушений и потенциальных осложнений, которые могут развиться, чтобы вовремя направить пациента к специалисту.

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику, после оперативного лечения вопрос диспансеризации решается инди­видуально. Группа здоровья III—V.

# **Диспансерное наблюдение за детьми с неревматическими кардитами**

Кардитом может осложниться любое инфекционное заболевание. У детей более старшего воз­раста преобладает вирусно-бактериальная ассоциация. Кардиты под­разделяются на врожденные и приобретенные. Врожденные кардиты могут быть ранними и поздними. Лечение этапное: стационар, санаторий, поликлиника. Частота ос­мотра педиатром 1 раз в месяц в течение 3 мес, далее 1 раз в 6мес в те­чение остального времени диспансерного наблюдения. Кардиоревматолог осматривает ребенка с такой же частотой. Консультация стоматоло­га и ЛОР — 2 раза в год, других специалистов — по показаниям.

Методы обследования: анализы крови и мочи 2 раза в год и после интеркуррентных заболеваний. ЭКГ 2 раза в год, ЭхоКГ и ФКГ — 1 раз в год, другие исследования по показаниям.

Противорецидивное лечение проводится 2 раза в год — весной и осенью. В течение месяца больные должны получать один из кардиотропных препаратов: рибоксин, панангин, комп­лекс поливитаминов сроком до 15 дней. При интеркуррентных заболе­ваниях назначают НПВС, адаптогены.

Вопрос о профилактических прививках должен решаться совместно с кардиологом и иммунологом, после нормализации ЭКГ. При отсут­ствии сердечной недостаточности, после выздоровления и при отсут­ствии изменений на ЭКГ профилактические прививки разрешаются че­рез 1 мес.

Освобождение от занятий физкультурой на 6 мес, далее занятия в специальной группе, далее - в подготовительной группе в течение 1 года.

Диспансеризация детей, перенесших острый миокардит должна, проводиться в течение 3 лет, больные с подострым и хроническим мио­кардитом наблюдаются 5 лет. Группа здоровья III—V.

# **Диспансеризация детей с вегетососудистой дистонией (ВСД)**

ВСД не самостоятельная нозологическая форма, а синдром, возникающий при многих видах патологии.

В зависимости от превалирования активности одного из отделов ве­гетативной нервной системы различают симпатикотоническую, ваготоническую и смешанную формы ВСД.

Частота осмотров педиатром и кардиоревматологом — 1 раз в 3 мес, невропатологом, ЛОР врачом, стоматологом 2 раза в год, другими спе­циалистами — по показаниям. Методы обследования: АД 2 раза в неде­лю в школе, анализы крови и мочи 2 раза в год, ЭКГ 2 раза в год, другие исследования по показаниям.

Против рецидивного лечения 2 раза в год в течение 1-1,5 мес. Лече­ние включает медикаментозные и немедикаментозные мероприятия. Большое значение имеют нормализация труда и отдыха, занятия физ­культурой. Нередко детей с ВСД необоснованно освобождают от заня­тий физкультурой. Определенное значение имеет питание, не пере­едать, ограничить соль, жир, крепкий чай, кофе, острые продукты (пе­рец, горчица, копчености) Показана физиотерапия: ультразвук, электросон, аппликации парафина на шейно-воротниковую область, электро­форез лекарственных веществ с кальцием, кофеином, дротаверином на курс 10-12 процедур с повторением через 1,5-2 мес. Рекомендуется иглорефлексотерапия и все виды массажа, от общего до точечного, не менее 3 курсов в год. Хороший эффект дают водные про­цедуры: плавание, душ Шарко, контрастный, веерный и циркулярный душ, хвойные и солено-хвойные ванны

В лечении ВСД широко используется фитотерапия. Рекомендуют седативные травы (валериана, пустырник, пион, хвощ, почечный чай); лекарственные растения кардиального типа (боярышник, адонис, ши­повник, калина, рябина); травы со спазмолитическим эффектом (мята перечная, фенхель, петрушка, укроп, березовый гриб, морковь, айва), тонизирующие травы (настойки женьшеня, левзеи, заманихи, элеутеро­кокка, лимонника, золотого корня, пантокрин). Фитотерапия при всех видах ВСД назначается на срок не менее 4-6 мес с перерывами каждые 1-1,5 мес на 7-10 дней. Через 2-3 мес применения дозы и кратность мо­гут быть снижены.

Медикаментозная терапия проводится в комплексе с немедикаментозными средствами или после их неэффективности. В связи с дли­тельным лечением сразу много препаратов не назначают. При симпатикотонии назначают производные бензодиазепина курсами до 4-6 нед. Можно использовать «дневные» транквилизаторы: тофизопам. Из других препаратов при симпатикотонии назначают препара­ты калия (панангин), витамины В*ь*Е и др. Гиперсимпатикотония требует назначения резерпина, пророксана, пропранолола.

Детям с ваготонией назначают бенактизин, синдофен, кофетамин, препараты кальция (глицерофосфат, глюконат), витамины (пиридоксин, аскорбиновая кислота).

При смешанных формах применяют мепробамат, фенибут. Для улучшения микроциркуляции используются актовегин, цинаризин.

С учетом преобладающей топики сосудисто-мозговой недостаточности рекомендуется дифференцированное применение лекарственных препаратов. При неблагополучии полушарных образований назначают пирацетам, винпоцетин, при поражении гипоталамо-гипофизарных образований - пантогам, ретикулостволовых образований — церебролизин, глутаминовая кислота. Все эти средства назначают длительно, 6-12 мес, прерывистыми курса­ми по 2-4 нед.

Противопоказаны препараты ноотропного действия при снижении порога судорожной готовности на ЭЭГ. При синдроме внутричерепной гипертензии назначаются курсы мочегонных трав (толокнянка, можжевельник, хвоя, почечный чай, брусника) спиронолактон, гидрохлоротиазид.

Занятия физкультурой в подготовительной группе постоянно, ЛФК - по показаниям.

Диспансерное наблюдение 3 года после исчезновения клинических признаков сосудистой дистонии. Группа здоровья II.

Диспансерное наблюдение детей с острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) и хронической ревматической болезнью сердца (ХРБ)

Группа риска по ОРЛ:

1. Дети с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистой патологии (ревматизм, артриты, остеохондрозит и т.д.).

2. Дети, имеющие очаги хронической инфекции, ЛОР-тип ЧДБ детей.

3. Дети-носители В-гемолитического стрептококка группы А, переболевшие неоднократно стрептококковой инфекцией (ангины, рожистое воспаление, скарлатина).

4. Дети, имеющие артралгии и кардиалгии неясной этиологии, ФСШ. Дети с очагами хронической инфекции наблюдаются ЛОР-врачами по форме 030/у. Мероприятия Сроки исполнения Наблюдение участкового педиатра До проведения кардинальной санации очагов хронической инфекции – не менее 1 раза в месяц. После проведения санации очагов хронической инфекции - через 3, 6 мес. и через год, затем ежегодно. Наблюдение узких специалистов ЛОР-врач, стоматолог, кардиоревматолог, врачЛФК, реабилитолог – по показаниям, в зависимости от состояния, клиник и и т.д.

Наблюдение участкового педиатра: До проведения кардинальной санации очагов хронической инфекции – не менее 1 раза в месяц. После проведения санации очагов хронической инфекции - через 3, 6 мес. и через год, затем ежегодно.

Наблюдение узких специалистов:ЛОР-врач, стоматолог, кардиоревматолог, врачЛФК, реабилитолог – по показаниям, в зависимости от состояния, клиник и и т.д.

Лабораторное обследование: ОАК, ОАМ 2 раза в год, по показаниям - чаще; биохимический анализ крови (протеинограмма, серомукоид, АСЛ «О», антистрептокиназа) 1 раз в год, по показаниям (наличие изменений) - чаще, в динамике.

Основные направления реабилитации:

1. Режим щадящий (ограничение физической нагрузки – подготовительная группа по физкультуре, освобождение от сельхозработ).

2. Диета – по возрасту, рекомендуется исключить облигатные аллергены, увеличить объемы фруктов, соков, продуктов, обогащенных калием.

3. Первичная профилактика ОРЛ направлена на повышение естественной резистентности организма, адаптационных механизмов организма и борьбу со стрептококковой инфекцией.

Вакцинация:

Иммунизация проводится при достижении контроля над заболеванием, по индивидуальному календарю.

Сроки наблюдения:

Через 2 года, при условии завершения санации очагов хронической инфекции, снижении частоты ОРВИ, отсутствии изменений при объективном, функциональном и параклиническом исследованиях ребенок может быть снят с диспансерного наблюдения, комиссионно, через КЭК (педиатр, кардиоревматолог, невролог - при поражении ЦНС, хирург и ортопед - при артралгиях, стоматолог, ЛОР-врач).

ОРЛ - системное воспалительное заболевание соединительной ткани, у предрасположенных лиц в возрасте 7-15 лет как осложнение инфекции, вызванной βгемолитическим стрептококком группы А. МКБ-10: 100-102.

Этапность диспансерного наблюдения: ДП - ДКБ - местный санаторий или отделение реабилитации - кабинет ревматолога - ДП.

В стационаре проводится комплексное обследование, полное обоснование диагноза, курс лечения. В среднем продолжительность госпитализации 4 недели.

В условиях местного санатория проводится долечивание, курс противорецидивной терапии. Данный этап может быть проведен в кабинете кардиоревматолога или отделении восстановительного лечения.

Возвращение в детскую поликлинику к участковому педиатру в состоянии полной или частичной ремиссии.

Лечебно-оздоровительные мероприятия:

1.Режим: В 1 - й год наблюдения на педиатрическом участке режим индивидуальный. В течение 1,5-Зх месяцев после выписки из стационара при условии полной клинико-лабораторной ремиссии - домашний режим. Затем ограничение физической, психоэмоциональной нагрузки - щадящий режим (удлиненный сон, дневной сон или отдых, посещение только основных и контрольных занятий, дополнительный выходной день). Если есть признаки НК, поражения сердца - максимально щадящий, в т.ч. обучение на дому, освобождение от переводных или выпускных экзаменов. При стихании активности режим может быть расширен. Со 2го года наблюдения режим тренирующий. Ребенок может посещать школу, но освобождается от физкультуры, факультетских занятий, летней практики, сельхозработ. При ухудшении состояния возможен обратный перевод на индивидуальный режим.

2. Диета приближается к столу № 5 –преимущественно молочно-растительная диета, в т.ч. рекомендуется исключить облигатные аллергены, увеличить объемы фруктов, соков. Пища должна быть сбалансирована побелкам, жирам и углеводам, обязательно включается растительное масло. Рекомендуются разгрузочные дни 1 раз в 10 дней (овощные, кефирные, фруктово-ягодные). Пища готовится несоленой. Ограничение соли до 3-5 гр. в сутки. При проведении гормонотерапии назначаются продукты, обогащенные калием (капуста, курага, печеный картофель, изюм). При отсутствии отеков объем жидкости не ограничивается.

3. Медикаментозная терапия - вторичная профилактика ревматизма - направлена преимущественно на предупреждение рецидивов.

4. Физкультурная группа: В первые 6 месяцев после выписки - освобождение от занятий физкультурой или ЛФК. Затем физкультурная группа специальная, при переводе на тренирующий режим - подготовительная. При тяжелом течении с осложнениями - комплексы ЛФК не ранее, чем через 6 месяцев после выписки. Запрещены лыжи, коньки, бассейн.

5. Закаливание – II-IIIгруппа (щадящие местные закаливающие процедуры).

6. Санаторно-курортное лечение - местныесанатории. Выезд запределы района проживания разрешен не ранее, чем через 10-12 месяцев после перенесенной ревматической атаки.

7. Санация очагов хронической инфекции проводится в отделениях реабилитации детских поликлиник с использованием физиотерапии.

8. Профилактика ОРВИ - специфическая, неспецифическая и индивидуальная.

ХРБ - заболевание, характеризующееся поражением клапанов сердца в виде послевоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесенной острой ревматической лихорадки. МКБ-10: 105-109.

Вторичная профилактика:

ОРЛ Целью вторичной профилактики у пациентов, перенесших острую ревматическую лихорадку, служит предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания. Вторичную профилактику начинают еще в стационаре после окончания этиотропной антистрептококковой терапии.

Длительность вторичной профилактики должна составлять:

- для лиц, перенесших ОРЛ без кардита (с хореей, артритом), не менее 5 лет после последней атаки или до 18-летнего возраста;

- в случаях излеченного кардита без формирования порока сердца – не менее 10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста;

- для больных с пороком сердца (в том числе после оперативного лечения) - пожизненно. Вакцинация:

Иммунизация проводится при достижении контроля над заболеванием, по индивидуальному календарю.

Сроки наблюдения:

При наличии поражения сердца больные с диспансерного наблюдения не снимаются, передаются во взрослую сеть.

При условии завершения санации очагов хронической инфекции, снижении частоты ОРВИ, отсутствии изменений при объективном, функциональном и параклиническом обследовании, т.е. по достижении стойкой клинико-лабораторной ремиссии ребенок может быть снят с диспансерного наблюдения через 5 лёт, комисионно, через КЭК (педиатр, кардиоревматолог, невролог - при поражении ЦНС, хирург и ортопед - при артралгиях, стоматолог, ЛОР-врач).

# **Диспансерное наблюдение детей с нарушениями ритма сердца и проводимости**

Нарушения ритма сердца (HPC), или аритмиям (МКБ – 10 I144 – I 149) любые нарушения ритмичной и последовательной деятельности сердца. Проявления - яркая клиническая и аускультативная картина или скрытно, только с проявлениями на ЭКГ. ЭКГ является методом диагностики различных нарушений ритма. ЭКГ - критерии нормального синусового ритма: регулярный, последовательный ряд Р- Р (R-R); постоянная морфология зубца Р в каждом отведении; зубец Р предшествует каждому комплексу QRST; положительный зубец Р в отведениях а VF~ V2-V6 и отрицательный в отведении aVR.

Все отклонения от нормального синусового ритма относят к аритмиям. Аритмии сердца встречаются у детей любого возраста, они могут быть наследственными, врожденными и приобретенными. Наиболее приемлемой для практических врачей является классификация аритмий, основанная на делении их в соответствии с нарушениями основных функций сердца- автоматизма, возбудимости, проводимости и их комбинаций.

Содержание диспансеризации детей с НСР :

* Группы здоровья III-IV
* Лабораторно - инструментальное обследование: ЭКГ один раз в квартал и после любого заболевания ЭКГ один раз в 1,5 мес. и после любого заболевания.
* Периодичность наблюдения до 18 лет 1 раз в 3 месяца. Первые 6 мес. ежемесячно, далее 1 раз в квартал.
* Консультация кардиохирурга на предмет постановки кардиостимулятора.
* Физкультурная группа в школе специальная + ЛФК.
* Прививки проводятся без oграничений после 6 мес. наблюдения по эпидемиологическим показаниям.
* Лечение хронических очагов инфекции.
* Сезонная витаминотерапия.
* Сезонные курсы кардиотрофической терапии
* ЛФК
* Госпитализация при ухудшении состояния
* Антиаритмическая фармакотерапия
* Дополнительный день отдыха в школе
* При социальной дезадаптации - оформление инвалидности с детства.

Показания к госпитализации:

1. Экстренная госпитализация:

- нарушения гемодинамики;

- реанимационные больные.

2. Плановая госпитализация:

- впервые выявленная аритмия при удовлетворительном состоянии;

- неэффективность лечения (при тяжелой аритмии);

- необходимость хирургического лечения аритмии

Схема диспансерного наблюдения и реабилитации детей с аритмиями:

Частота осмотра специалистами: 2 раза в год - педиатр, отоларинголог, стоматолог. Кардиоревматолог - 1-2 раза в год (в зависимости от формы). По показаниям - психоневролог, эндокринолог, гинеколог, аритмолог и т.д.

При осмотре обратить внимание на:

Жалобы: утомляемость, исходный вегетативный тонус, показатели артериального давления, пульса, изменения в сердце, их динамику, реакцию на физическую нагрузку. Выделить ведущий синдром: кардиальный; невротический; астенический; вегетодистонический.

Дополнительное обследование: 2 раза в год - общий анализ крови; общий анализ мочи; анализ кала на яйца глистов и простейшие; ФКГ; функциональная проба с нагрузкой (20 приседаний за 30 секунд); исследование вегетативного тонуса; кардиоинтервалография.

Основные пути оздоровления:

1. Санация очагов хронической инфекции.

2. Тщательное лечение интеркуррентных заболеваний.

3. Кардиотрофические средства курсами 1-2 раза в год - по показаниям.

4. Седативные препараты при ведущем невротическом синдроме.

5. При синдроме вегетодистонии: - ваготонического типа: беллоид, белладонна, атропин, электрофорез на воротниковую зону с кальцием; - симпатикотонического типа: электрофорез с магнезией, блокаторы (обзидан, индерал) курсами по показаниям.

6. Пребывание на свежем воздухе, лыжные прогулки, плавание, циркулярный душ, лечебные ванны.

7. Санаторно-курортное лечение: в санаториях местного типа, южного берега Крыма и Черноморского побережья Кавказа (нежаркое время года).

Длительность наблюдения: Не менее 2-х лет, при стойком нарушении ритма сердца - весь период детства.

Занятия физкультурой: При нарушениях ритма освободить от участия в соревнованиях и спортивных секциях; при токсико-инфекционных формах 1-й год подготовительная группа, в дальнейшем - по состоянию.

# **Заключение**

Распространенность заболеваний кардиоревматологического про­филя среди детского населения продолжает оставаться достаточно вы­сокой. Важно отметить очень большой риск инвалидизации детей этой группы.

За последние годы структура сердечно-сосудистых заболеваний у детей значительно изменилась. Заметно уменьшилась распространен­ность ревматизма Ведущее место стали занимать врожденные пороки сердца у детей, а также значительно возросло число неревматических кардитов, нарушений ритма, дистонических состояний.

Диспансерное наблюдение за детьми с патологией сердечно-сосу­дистой системы в условиях поликлиники осуществляет участковый врач и кардиоревматолог. Участковый врач занимается вопросами пер­вичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, обеспечивая в первую очередь мероприятия, направленные на повышение сопротив­ляемости детского организма. Большую работу проводит педиатр по раннему выявлению детей, угрожаемых по развитию сердечно-сосудис­той патологии и заболевших детей.

Врач-кардиоревматолог осуществляет мероприятия, связанные с вторичной профилактикой, предупреждением рецидивов и осложнений у больных детей, обеспечивает организационно-методическое руковод­ство диспансеризацией, занимается повышением квалификации меди­цинских работников, проводит санитарно-просветительскую работу среди населения, осуществляет консультативную помощь по выявле­нию больных.

Критериями эффективности диспансеризации и реабилитации, а также возможности снятия с диспансерного учета считаются: отсутствие жалоб, клинических симптомов декомпенсации, клинических и лабораторных признаков текущего инфекционного эндокардита, исчезновение или значительное уменьшение шумов порока, нормализация системного и легочного давления, исчезновение или значительное уменьшение электрокардиографических и эхокардиографических признаков гипертрофии миокарда, исчезновение нарушений ритма сердца и проводимости, хорошая переносимость обычных физических нагрузок.

# **Список литературы**

1. Детские болезни: в 2 т.: учебник / под ред. Шабалов Н.П. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2009
2. Участковый педиатр: новое справочное руководство /под ред. М.Ф. Рзянкиной. В.П. Молочного. – Ростов н/Д.: Феникс, 2011
3. Школьникова М.А. Неонатальный скрининг с целью раннего выявления критических врожденных пороков сердца / М.А.Школьникова, Е.Л. Бокерия, Е.А. Дегтярева, В.Н. Ильин, А.С. Шарыкин. – М., 2012.
4. Клинические рекомендации Миокардиты у детей от 2021г
5. Саперова Е. В., Вахлова И. В. Врожденные пороки сердца у детей: распространенность, факторы риска, смертность / Вопросы современной педиатрии. – 2017. – Т. 16.
6. Алгоритмы ведения детей со сложной врожденной патологией сердечно-сосудистой системы и опухолями сердца на различных этапах диспансеризации : учебно-методическое пособие. — Санкт- Петербург : СпецЛит, 2018.
7. Диспансерное наблюдение на педиатрическом участке : учебное пособие / Под ред. С.А. Царьковой ; ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. – Екатеринбург : Изд-во «ИИЦ «Знак качества», 2021.