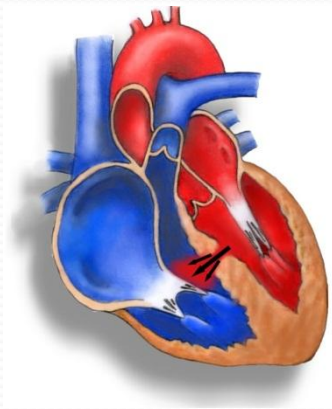


Сестринский уход при пороках сердца

Врождённые пороки сердца (ВПС)-
это аномалии морфологического
развития сердца и магистральных
сосудов, возникшие в результате
нарушения процессов эмбриогенеза.



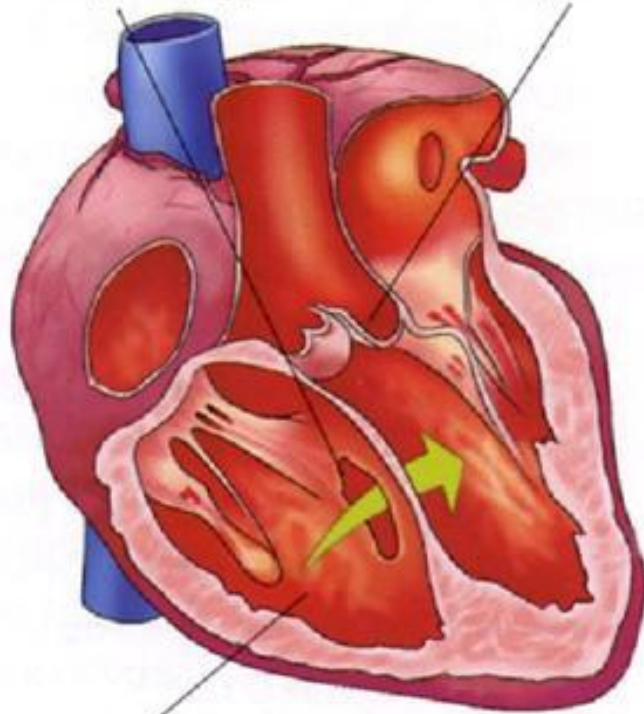
ЭТИОЛОГИЯ

- 1** – генетическое наследование (ВПС у родственников 1 степени родства) – степень риска составляет 30-50%
- 2** – вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, герпетическая, энтеровирусная инфекции и др.)
- 3** – хронические заболевания матери, протекающие с гипоксией (БА, ГБ, СД и др.)
- 4** – профессиональные вредности (лакокрасочное производство, парикмахер, в салонах красоты и др.)
- 5** – возраст матери старше 35, отца старше 50 лет
- 6** – интоксикации (алкогольная, никотиновая и др.)
- 7** – внутриутробные инфекции

КЛАССИФИКАЦИЯ

- 1- пороки с обогащением МКК** (МКК- малый круг кровообращения) – ОАП(открытый артериальный проток), ДМПП (дефект межпредсердной перегородки), ДМЖП (дефект межжелудочковой перегородки).
- 2 – пороки с обеднением МКК - ИСЛА** (изолированный стеноз легочной артерии- без цианоза), тетрада Фалло (с цианозом)
- 3 – пороки с обеднением БКК** (БКК- большой круг кровообращения) – коарктация аорты (без цианоза)
- 4- пороки без нарушения гемодинамики -** аномалии расположения сердца и сосудов

Дефект межжелудочковой перегородки Смещенная аорта



Увеличенный правый желудочек

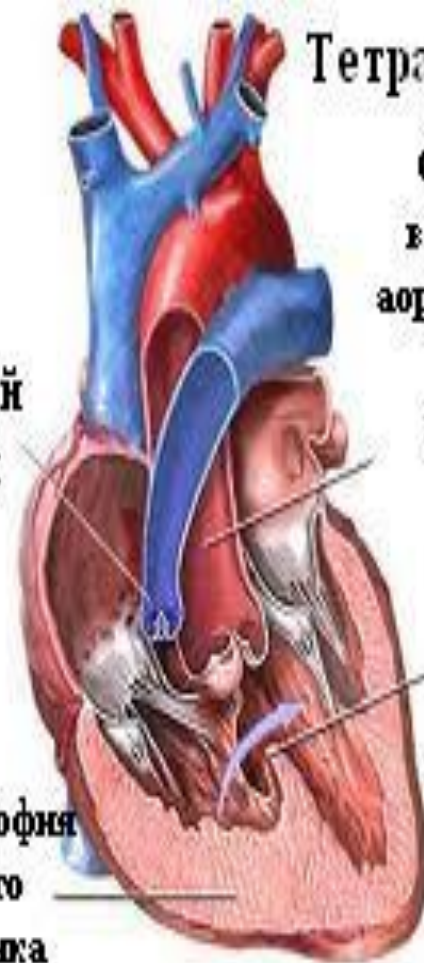
Тетрада Фалло

Смещение восходящей аорты в сторону правого желудочка

Дефект в перегородке между желудочками

Стеноз легочной артерии

Гипертрофия правого желудочка



Общие клинические проявления, позволяющие заподозрить наличие ВПС:

1. деформация грудной клетки слева или по середине изменения цвета кожи: бледность, цианоз или акроцианоз (цианоз пяток, пальцев, кончика носа, ушей, подбородка)
2. одышка, особенно в покое – изменение частоты сердечных сокращений
3. патологическая пульсация сосудов
4. расширение границ сердца
5. систолический шум в области сердца (У 25%)
6. отставание в физическом развитии

Пороки с обогащением МКК:

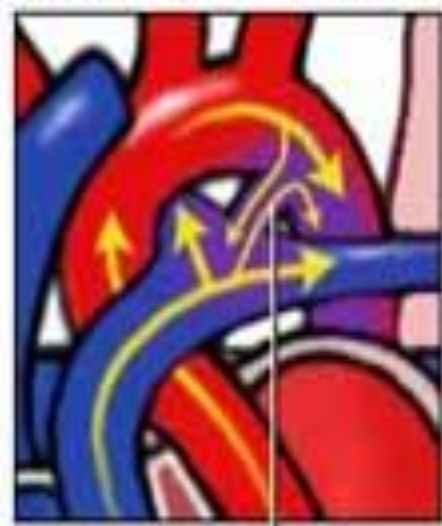
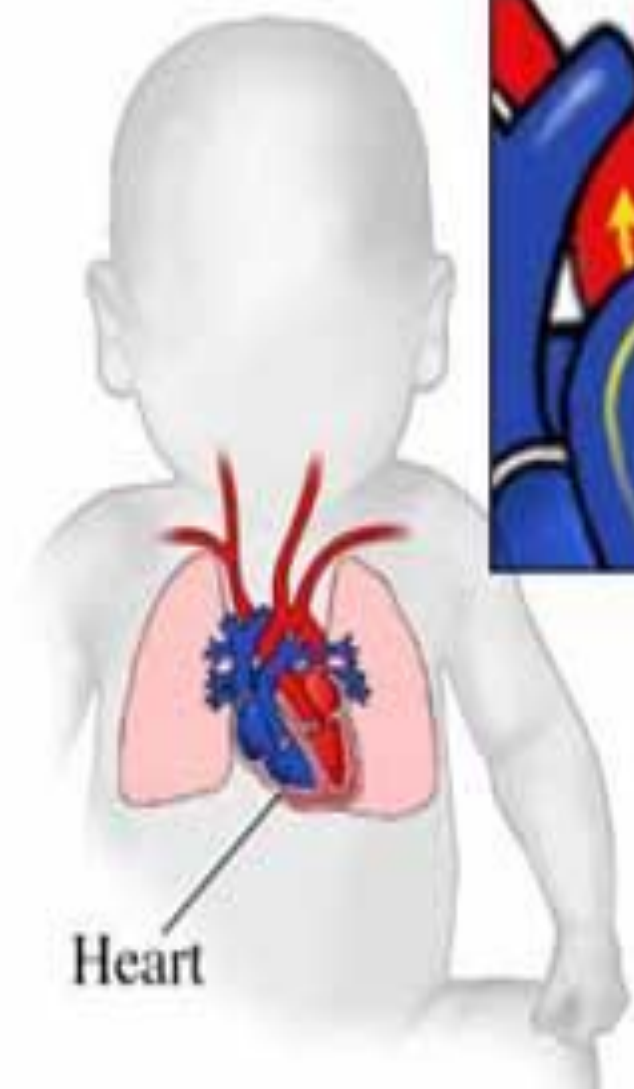
ОАП – открытый артериальный (Баталлов) проток

В норме артериальный проток перестаёт функционировать и закрывается в первые часы, дни, реже в 2-3 месяца жизни. При незаращении протока часть крови сбрасывается из аорты в легочную артерию, в результате чего и возникает гиперволемиа МКК.

Клинические проявления ОАП: одышка, боли в области сердца, повышенная утомляемость, увеличение размеров сердца, при аускультации во втором межреберье слева от грудины определяется грубый, «машинный» систолический шум, который проводится на аорту, шейные сосуды и в межлопаточную область.

Normal circulation

Abnormal circulation



Ductus arteriosus

Patent ductus arteriosus

ДМПП – дефект межпредсердной перегородки

Кровь через дефект в перегородке частично забрасывается из левого предсердия в правое. В правой половине сердца повышается давление, развивается гипертрофия правого предсердия. Первые **клинические проявления** появляются в 5-6 месяцев – кашель, частые ОРЗ, плохая прибавка в массе, бледность кожи. При небольшом дефекте жалоб нет. Диагностируется порок чаще в 2-3 года. При аускультации выслушивается систолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины, иногда отмечается расширение и пульсация шейных вен.

ДМПП

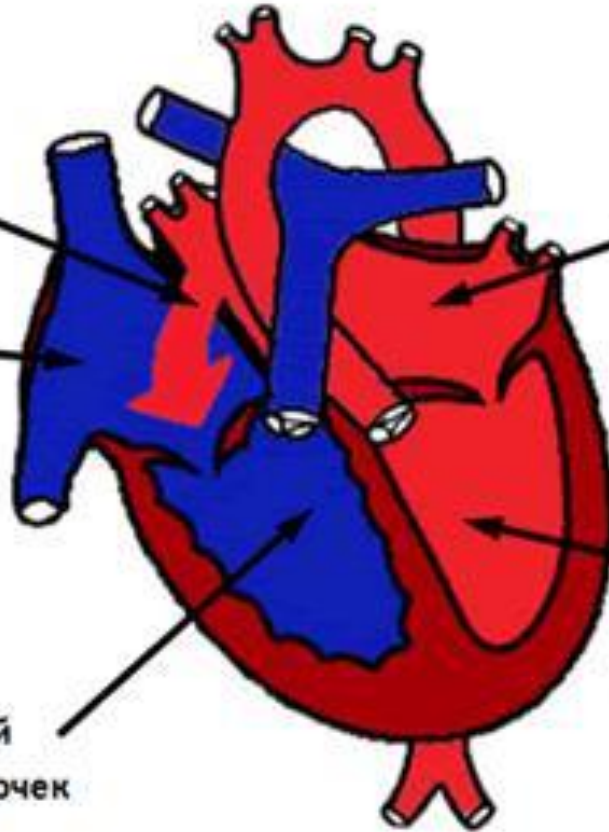
Дефект
межпредсердной
перегородки и сброс
крови

Правое
предсердие

Правый
желудочек

Левое
предсердие

Левый
желудочек

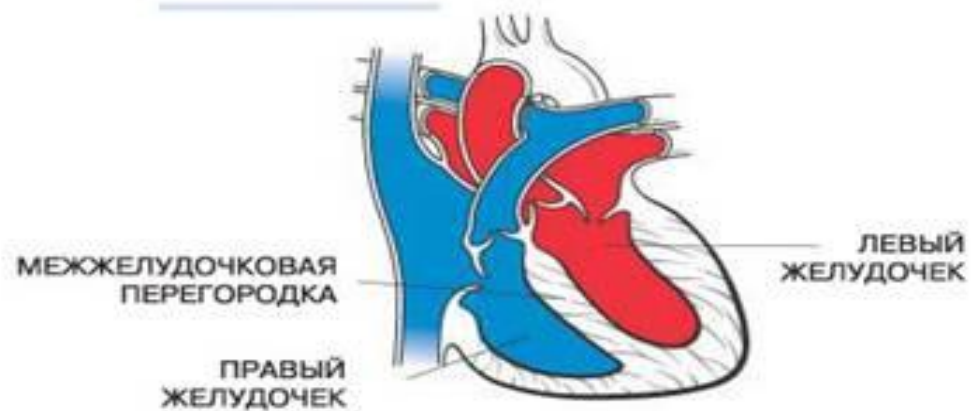


ДМЖП – дефект межжелудочковой перегородки

Если дефект располагается в мышечной части перегородки, то диаметр отверстия не большой (до 1 см.) и нарушения гемодинамики не отражаются на состоянии больного. Жалоб нет, однако при аускультации выслушивается грубый, скребущий систолический шум с эпицентром в 4-5 межреберье слева от грудины. Дефекты в мембранозной части более широкие и значительная часть крови из левого желудочка сбрасывается в правый. Оба желудочка работают с большой нагрузкой. Клинически у больного отмечается быстрая утомляемость, одышка, периодически кашель, цианоз, отставание в физическом развитии, деформация грудной клетки. Границы сердца расширены, верхушечный толчок высокий, разлитой, смещён вниз. При аускультации – систолический шум слева от грудины, который проводится во всех направлениях.

ДЕФЕКТ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ (ДМЖП)

НОРМА



ПОРОК



Пороки с обеднением МКК:

ИСЛА – изолированный стеноз легочной артерии

При этом пороке затруднён выброс крови из правого желудочка в легочную артерию. Клинически порок проявляется жалобами на быструю утомляемость, боль в области сердца, одышку. Обращает на себя внимание выраженная бледность. Во 2-ом межреберье слева от грудины выслушивается грубый систолический шум, который проводится в левую подключичную область и на сонные артерии. Первый тон на вершине сердца усилен, второй тон на легочной артерии ослаблен или отсутствует.

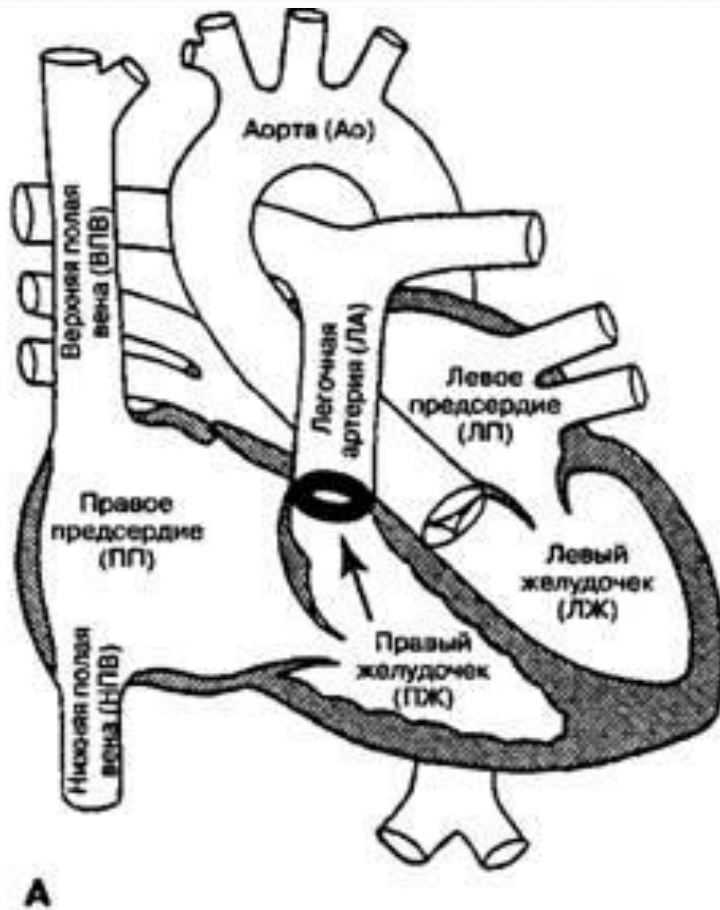


Рис. 16.15. А. Врожденный стеноз легочного ствола (стрелка). Б. Схематическое изображение кровотока через суженный клапан легочного ствола (зигзагообразная стрелка). Гипертрофия правого желудочка (ПЖ) обусловлена хронической перегрузкой давлением

Тетрада Фалло

Порок включает сочетание четырёх аномалий:

- 1 – стеноз легочной артерии;
- 2 – дефект межжелудочковой перегородки;
- 3 – транспозиция аорты вправо;
- 4 – гипертрофия правого желудочка.

МКК недостаточно обеспечивается кровью, в БКК через аорту, которая располагается над дефектом в межжелудочковой перегородке, поступает смешанная кровь – артериальная из левого и венозная из правого желудочка. В связи с сужением легочной артерии и повышенным давлением в аорте правый желудочек гипертрофируется.

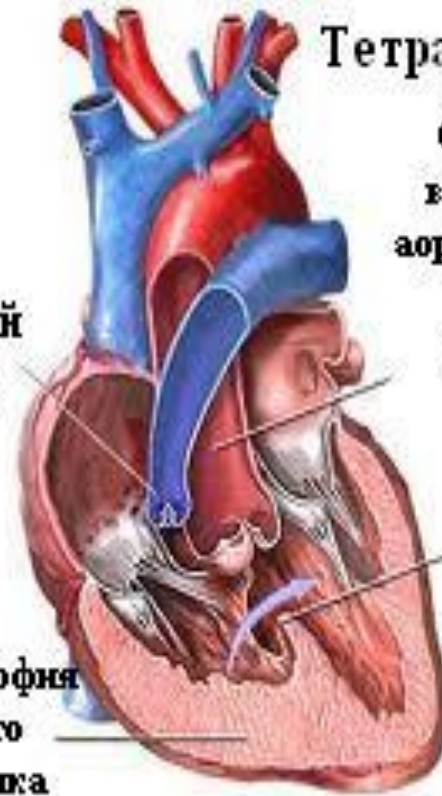


Клиника : первый признак порока – одышка появляется вначале при кормлении и беспокойстве, а затем и в покое. Цианоз редко заметен сразу после рождения, чаще появляется к 2-3 месяцам. С рождения выслушивается грубый систолический шум во 2-3 межреберье. Как правило дети отстают в физическом и психомоторном развитии, после года появляется деформация пальцев – « барабанные палочки», определяется эпигастральная пульсация и систолическое дрожание слева от грудины. На Rg-грамме тень сердца в виде «башмачка», в периферической крови – полицетемия (повышен гемоглобин и эритроциты). Нередки одышечно – цианотические кризы, которые сопровождаются усилением одышки и цианоза, потерей сознания, судорогами у грудных детей. У старших детей отмечаются более лёгкие приступы, во время которых ребёнок принимает вынужденное положение на корточках. Дети жалуются на головную боль, головокружение, могут быть обмороки. Осложнения: гипоксическая кома, тромбоз, септические (абсцессы, эндокардит), кровотечения, дистрофия, сердечная недостаточность.



Стеноз
легочной
артерии

Гипертрофия
правого
желудочка



Тетрада Фалло

Смещение
восходящей
аорты в сторону
правого
желудочка

Дефект в
перегородке
между
желудочками

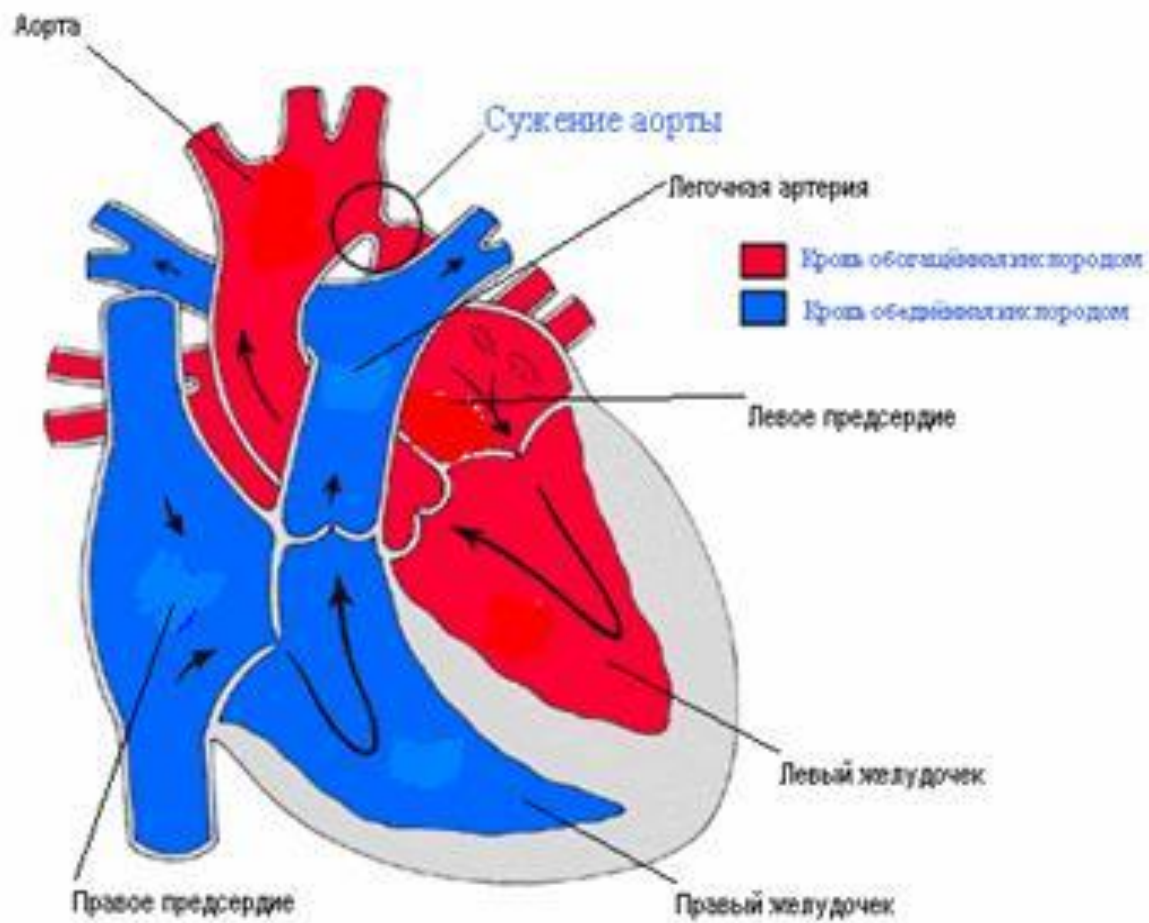
Пороки с обеднением БКК:


Коарктация аорты – это сужение аорты в нижнем грудном или брюшном отделе, в результате которого сосуды нижней половины тела получают мало крови, а выше места сужения наблюдается наоборот гипертензия. **Клиника:** жалобы появляются поздно и связаны с синдромом гипертонаии и декомпенсацией сердечной деятельности. Чаще болеют мальчики. Больные жалуются на головную боль, головокружение, шум в ушах, носовые кровотечения, зябкость стоп. При осмотре бросается в глаза лучшее развитие верхней половины туловища в сравнении с нижней. Характерно высокое АД на руках (до 200-250 мм рт. ст.) и одновременно снижение его на нижних конечностях, иногда до 0 (в норме АД на ногах должно быть выше чем на руках на 15 – 20 мм рт. ст.) Пульс на нижних конечностях слабый, на верхних – напряжённый. Осл аорты, сердечная недостаточность, геморрагический инсульт, развитие аневризмы аорты.

Диагностика ВПС основывается на данных анамнеза, характерных клинических проявлениях и данных дополнительных методов исследования: ЭКГ, ФКГ, Rg-грамма органов грудной клетки, ангиография сердца, УЗИ, зондирование полостей сердца.

Лечение ВПС. Основной метод – хирургическая операция, которая приводит к нормализации гемодинамических нарушений. Наиболее благоприятный срок для операции 3 – 12 лет. Консервативное лечение включает неотложную помощь при острой сердечной недостаточности и гипоксическом приступе, лечение осложнений и поддерживающая терапия.

КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ





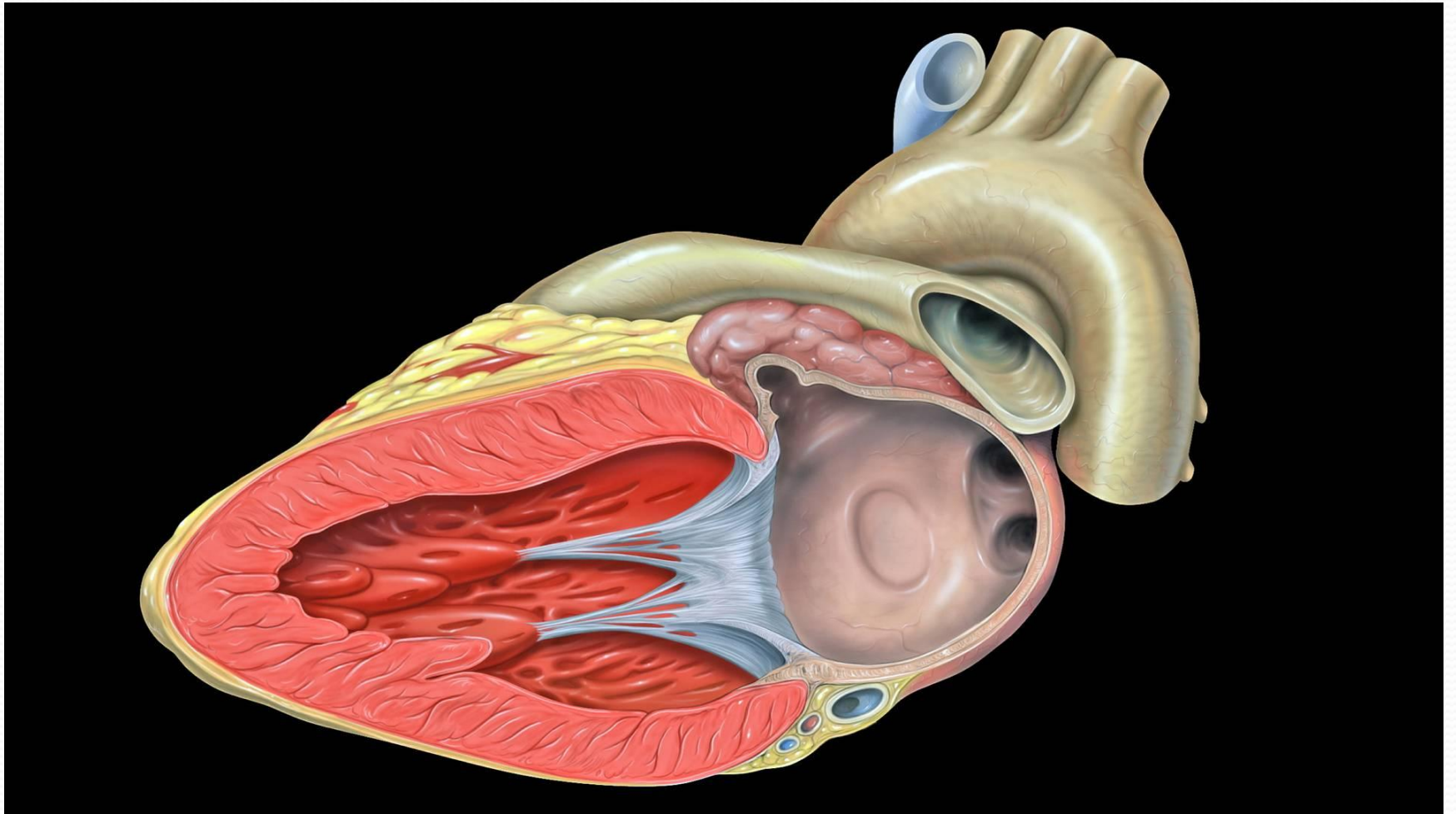
Ревматизм- это системное заболевание соединительной ткани инфекционно-аллергической природы с преимущественным поражением сердца, а также суставов и нервной системы.

Этиология

Вызывает β -гемолитический стрептококк гр. А.
Начинается через 2-3 недели после ангины или скарлатины (или другой стрептококковой инфекции).

Выделяют три основные формы ревматического процесса:

1. Ревмокардит – поражение всех трех оболочек сердца.
2. Полиартрит – поражение суставов.
3. Хорея – поражение нервной системы.



Клиника ревмокардита:

1. **Миокардит** – поражение мышцы сердца. У детей при ревматизме встречается в 100 %.

1. Температура чаще субфебрильная или нормальная,

2. кардиалгии (боли в области сердца),

3. тахикардия, переходящая в брадикардию,

4. расширение границ сердца влево,

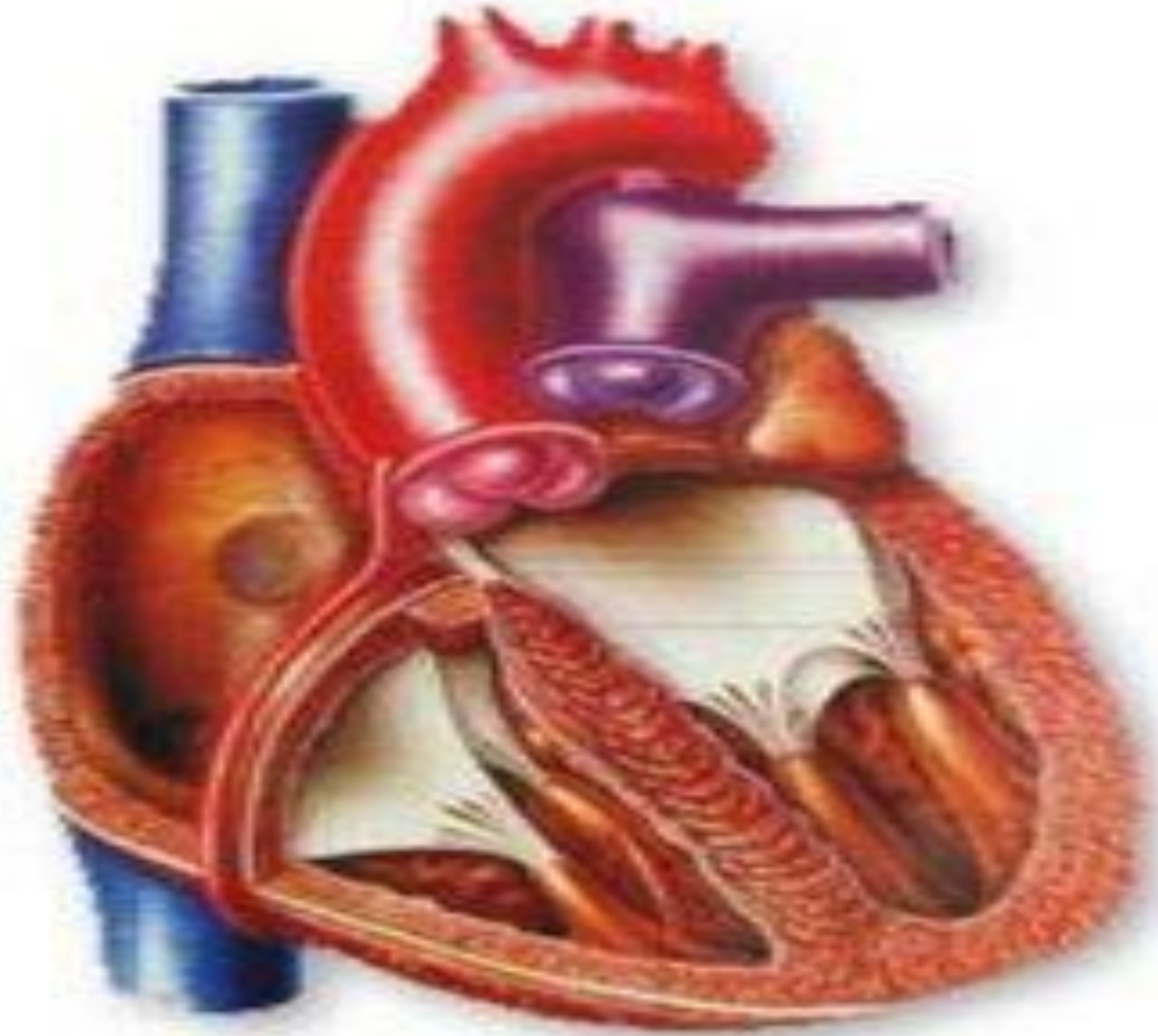
5. глухость сердечных тонов,

6. систолический шум, чаще на верхушке сердца.

Эндокардит – поражение внутренней оболочки сердца и клапанов, чаще митрального, реже аортального.

1. температура всегда повышена,
2. границы сердца расширены, вверх и влево,
3. основной синдром эндокардита – систолический шум «дующего» характера на верхушке сердца и усиление второго тона на легочной артерии.

Примерно у 10 % больных поражается аортальный клапан. Это проявляется диастолическим шумом вдоль левого края грудины.



Перикардит - поражение наружной оболочки сердца (перикарда.)

1. состояние очень тяжёлое
2. температура всегда повышена
3. одышка
4. общий цианоз
5. сильные боли в сердце, из-за которых пациенты принимают вынужденное сидячее положение
6. при аускультации – резкая глухость сердечных тонов и аритмия

Клиника полиартрита:

Поражаются симметрично средние и крупные суставы конечностей (коленные, локтевые, голеностопные). Появляется боль, ограничение движения. Кожа над суставом гиперемирована, отёчная, горячая на ощупь.

Основные дифференциальные отличия ревматического полиартрита от ревматоидного:

1. Боль носит летучий характер;
2. Ревматический полиартрит после лечения проходит бесследно, не оставляя деформаций сустава.



Хорея- это поражение нервной системы.

Начинается постепенно: ухудшается сон и успеваемость в школе. Ребенок становится рассеянным, плаксивым, раздражительным. Через 1-2 недели появляется основной симптом хореи – **гиперкинезы** (непроизвольные беспорядочные движения, подергивания мышц лица и конечностей, усиливающиеся при эмоциях и исчезающие во сне). Ребенок постоянно гримасничает, у него меняется почерк, походка становится шаткой, неуверенной.

Диагностика.

Основывается на данных анамнеза и клиники + АОК, где всегда повышено СОЭ, лейкоцитоз. В биохимическом анализе крови: появляется «С» реактивный белок, диспротеинемия, повышен фибриноген, повышен титр антистрептолизина – 0 (АСЛ – 0), антистрептогиалуронидазы (АСГ), антистрептокиназы (АСК).

Лечение (в стационаре):

1. Строгий постельный режим (длительность устанавливается врачом) от 1 недели до 1 месяца и больше. Расширение режима только с разрешения врача. Уход за ребенком осуществляется в постели (расчесывание, умывание, кормление). Физиологические отправления с помощью подкладного судна.
2. Постельный режим (2-3 недели). Ребенку разрешается принимать участие в настольных играх в кровати.
3. Щадящий режим с разрешением ходить до столовой и в туалет. За выполнением режима должна строго следить м/с палаты. При длительном постельном режиме возможно развитие пролежней. Поэтому необходим тщательный уход за кожей. Постель ребенка должна быть удобной, её необходимо перестилать, устраняя складки.

Медикаментозное лечение:

1. Антибиотики пенициллинового ряда (амоксициллин, аугментин). Макролиды (спирамицин и др), оральные цефалоспорины (цефалексин, цефаклор) от 750 тыс. ЕД до 2 млн в сутки примерно на 10 дней, затем бицилин – или бицилин 1.
2. Противовоспалительные препараты (вольторен, бруфен) + антигистаминные препараты,
3. Препараты, поддерживающие мышцу сердца: это препараты калия (панангин, орорат калия) – витамины, АТФ, ККБ.
4. Гормоны (в тяжёлых случаях),
5. При хорее препараты брома, ноотропил, валериана.

Причины неблагоприятных исходов беременности и родов у беременных с пороками сердца.

- недостаточное или нерегулярное обследование беременных в женской консультации
- отсутствие комплексного наблюдения за беременной акушером и терапевтом
- сознательный отказ некоторых беременных от врачебного наблюдения (из-за стремления к материнству без учета возможности опасных последствий для здоровья и жизни)
- неэффективные лечебные мероприятия
- ошибки в ведении родов и послеродового периода

Основные задачи при обследовании беременных с пороками сердца на уровне женской консультации.

- тщательный сбор анамнеза (в том числе акушерского)
- установление акушерского диагноза
- распознавание порока сердца, его формы, изменений миокарда и других органов
- выявление признаков нарушения кровообращения
- распознавания ревматизма, его активности
- выявление очаговой инфекции, других сопутствующих нарушений

Возможности беременности и родов для женщин с врожденными, комбинированными пороками и после операций на сердце.

Женщинам с сочетанными пороками сердца беременность как правило противопоказана. При врожденных пороках вопрос о беременности решается индивидуально с учетом формы порока, фазы его развития, возможных осложнений. При синих пороках (тетрада Фалло, ДМПП, ДМЖП, коарктация аорты) беременность противопоказана.

После операции на сердце кровоснабжение органа восстанавливается как правило через 1-1.5 года. Примерно на этот срок следует планировать беременность у женщины при отсутствии противопоказаний: неблагоприятный результат операции, развитие возвратного ревмокардита, подострый септический эндокардит, митральный стеноз. После протезирования клапанов беременность противопоказана.

Показания для родоразрешения кесаревым сечением у женщин с пороками сердца.

- возвратный и подострый септический эндокардит
 - митральная недостаточность с резко выраженной регургитацией
 - митральный стеноз, не поддающийся хирургической коррекции
 - аортальные пороки с НК
- сочетание порока с акушерской патологией (поперечное положение плода, предлежание плаценты, узкий таз)

Особенности ведения родов через естественные родовые пути у женщин с пороками сердца.

До начала родовой деятельности – промедол 1-2 мл п/к, спазмолитики, витамин В1. Обезболивание проводят закистью азота с кислородом.

При явлениях декомпенсации дают вдыхать увлажненный кислород

Когда головка плода опустится в полость или на дно таза, накладывают акушерские щипцы под закисно-кислородным наркозом.

После рождения плода на живот матери кладут тяжесть (800-1200 г), вводят в/м эргометрин или метилэргатаимн.

Внимательно ведут послеродовой период, т.к. возможно нарастание гемодинамических нарушений.

Питание:

1. полноценное
2. витаминизированное
3. богатое калием (изюм, курага, чернослив, печеный картофель, капуста)
4. Несколько ограничивают белки, жиры и соль.

Компоненты комплекса лечебно-профилактических мероприятий при ведении беременных с пороками сердца.

- соответствующий гигиенический режим
- лечебная физкультура
- лечебное питание
- психопрофилактическая подготовка к родам
- оксигенотерапия
- медикаментозное лечение