

ВАДИ СЕРЦЯ



Підготували:
Месєвра В.
Литвиненко Т.

Вади серця – вроджені або набуті захворювання, основою яких є дефекти клапанного апарату серця, порушення цілісності його стінок і перегородок, а також аномалії великих судин.



Причини вродженої вади серця

Найпоширеніші причини:

- вірусні інфекції у матері (грип, краснуха, свинка)
- хронічна гіпоксія плода
- хромосомні порушення
- ендокринні порушення у подружжя і прийом ендокринних препаратів матір'ю
- опромінення і робота на шкідливому виробництві
- погана екологія
- алкоголізму, куріння під час вагітності



Вади серця можуть розвиватися ще до народження немовляти на світ, коли в процесі формування серцево-судинної системи на неї впливають фактори, що її пошкоджують – радіаційні, токсичні або запальні. Такі вади називають **вродженими**.



Набута вада серця є наслідком перенесених інфекцій або травм. Ці серйозні захворювання стають причиною смерті багатьох людей зрілого віку, а в структурі смертності малюків займають перше місце. Тому так важлива профілактика, своєчасна діагностика та корекція вад.



Уроджені вади серця характеризуються аномаліями розвитку серця і магістральних судин внаслідок порушення ембріогенезу в період 2-8 тижнів вагітності на тлі спадкової схильності під впливом несприятливих факторів **зовнішнього** (віруси, токсичні речовини) і **внутрішнього** (продукти зміненого обміну речовин) середовищ.



Всі вроджені вади, згідно клінічної класифікації, впоруються на пороки **блідого** і **синього** типу.

- ***Пороки білого типу*** можна поділити на 4 підгрупи:
 - 1) Із збагаченням малого кола кровообігу, коли в кров, що надходить до легенів змішується з кров'ю вже збагаченої киснем і відтікає від легень.
 - 2) Із збідненням малого кола кровообігу, коли кількість крові надходить до легенів недостатньо.
 - 3) Із збідненням величезного кола кровообігу.
 - 4) Без вираженої патології системного кровообігу.

• ***Пороки синього типу*** поділяються на 2 підгрупи:

- 1) Вади зі збіднінням малого кола кровообігу.
- 2) Вади із збагаченням малого кола кровообігу.



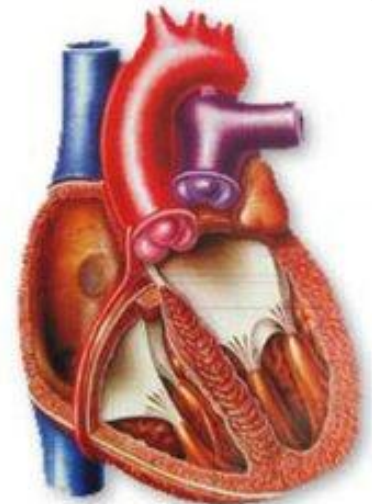
Клінічна картина хвороби

1. Перша фаза - характерне пристосування організму дитини до порушень кровотоку зумовленим захворюванням. При не великих порушеннях гемодинаміки клінічно проявлятися хвороба може бути не дуже виражена.

При огляді дитини виявляється блідість шкірних покривів, виражена пульсація судин шиї, ціаноз нижньої половини тіла, особливо коли дитина плаче, після заспокоєння ціаноз зникає.

Цей порок може протікати в ранньому віці дуже важко і призвести до летального результату дитини.

Фаза адаптації при легкому перебігу **триває до 2-3 місяців**, а при наявності ускладнень до 2 років. Якщо дитина вижила в першій фазі, то на 4 році життя настає поліпшення.



2. Друга фаза

Фаза відносної компенсації представлена відшкодувань функцій пошкодженого органу, що настає у зв'язку з гіпертрофією міокарда. У цей період життя дитини настає поліпшення, скарги на своє самопочуття, зменшуються, або взагалі зникають, не дивлячись на важке захворювання. Ця фаза триває від декількох місяців і деколи до 30 років.

3. Третя фаза

Термінальна фаза в її період виникає виражене дистрофічні зміни в міокарді і настає виснаження компенсаторних можливостей. У цій фазі розвивається хронічна серцева недостатність, вона неминуче закінчується смертю хворого дитини.

Клініка різних вад серця буде відрізнятися, наприклад, як ці дві.



Клінічно природжені вади серця проявляються у вигляді 4 синдромів:

- *Першим синдромом* - кардіальний, при ньому відзначаються скарги на болі за грудиною, задишку, перебої в роботі серця, і т.п.
- *Другим синдромом* - синдром серцевої недостатності, при ній з'являються набряки, задишка, неможливість переносити фізичне навантаження.
- *Третій синдром* - хронічна гіпоксія, при ній у дитини спостерігається затримка в рості і розвитку.
- *Четвертим синдромом* - синдром дихальних розладів, переважно зустрічається при пороках із збагаченням малого кола кровообігу.



Діагностичні критерії основних вроджених вад серця:

- задишка;
- зміна кольору шкіри (ціаноз, блідість);
- апатія, неспокійний сон, байдужість до оточуючих;
- відставання у фізичному розвитку;
- часті захворювання легень;
- задишково-ціанотичні напади;
- "невизначені стани легень";
- серцевий горб;
- напади серцебиття;
- різні показники АТ на верхніх та нижніх кінцівках;
- тахікардія;
- збільшення розмірів печінки (набряки, асцит відзначаються лише в термінальній стадії).

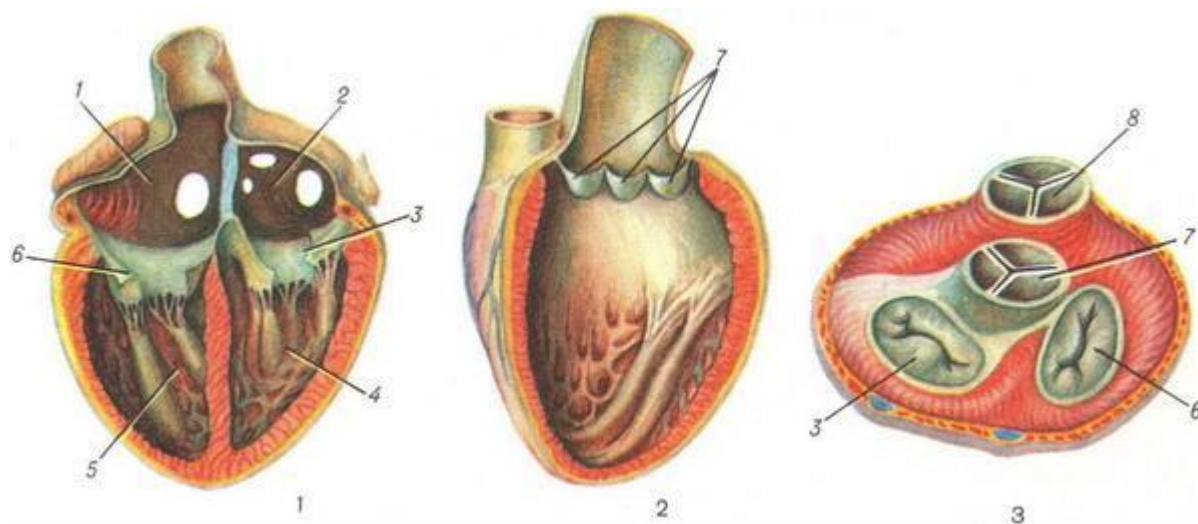


Набуті вади серця

Враховуючи етіологію, виділяють вади в результаті перенесеного бактеріального ендокардиту, ревматичні, атеросклеротичні та сифілітичні.

Придбаний порок серця може бути аортальним, мітральним, трикуспідальним або пороком клапана легеневої артерії.

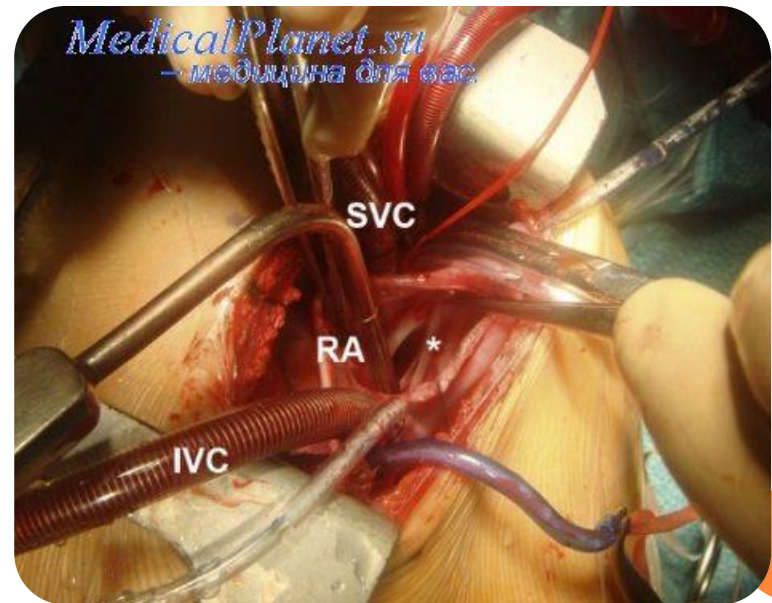
Ознаки вад серця у пацієнтів з набутою патологією часто починають з'являтися тільки на початку процесу декомпенсації. Характерні задишка при фізичному навантаженні, болі в серці, порушення ритму, непритомність, наростання симптомів серцевої недостатності.



Лікування

Оперативна корекція – найефективніший спосіб лікування вад. У разі вродженої патології чим раніше буде зроблена операція, тим вище шанс у дитини на повноцінне життя без інвалідності. У разі набутих вад важливо встигнути скоригувати порушення гемодинаміки до появи ознак декомпенсації.

Терапевтичні методи не виліковують, а лише допомагають впоратися з неприємними симптомами хвороби.



Ревматизм — (гостра ревматична лихоманка) характеризується системним запальним ураженням сполучної тканини, переважно серця і судин, частими змінами з боку інших органів і систем (суглоби, ЦНС, шкіра, підшкірні прошарки), а також тенденцією до рецидивування.

Етіологія: Розвиток цієї хвороби пов'язується з гострою інфекцією, Р-гемолітичним стрептококом групи А, що перенесли діти з відповідною спадковою схильністю.



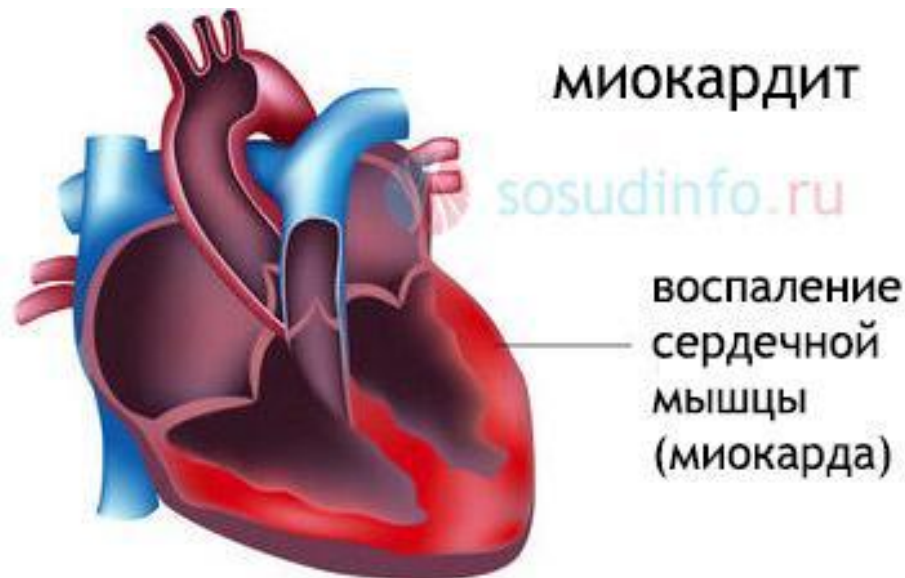
Клінічні прояви ревматизму залежать від віку, тяжкості, активності процесу і стадії захворювання.

Ревматизм розвивається через 2-3 тижні після перенесеної інфекції верхніх дихальних шляхів. При гострому початку захворювання на перший план виступають явища артриту, при поступовому - кардит і хорея. Діагноз ревматизму при непомітному початку захворювання встановлюється ретроспективно на основі виявленої вади серця.



Міокардит різної вираженості буває в усіх дітей, хворих на ревматизм, зумовлений вищою проникністю судин, виходом протеолітичних ферментів.

Загальний стан порушується, підвищується температура (як правило, субфебрильна), з'являються біль у ділянці серця (стиснення набряком нервових закінчень), блідість, ціаноз, тахікардія або брадикардія, рідше — нормальна частота серцевих скорочень, зниження АТ, порушення ритму.



Поліартрит є основним критерієм ревматизму, виступає на перший план при гострому початку захворювання.

На фоні ревматичного процесу підвищується температура, погіршується загальний стан, сон, знижується апетит, з'являються лихоманка і пітливість. Припухають суглоби, вони різко. Частіше уражуються колінні, гомілково-ступневі, променево-зап'ясткові суглоби (великі), рідше дрібні. Жодному суглобу не уникнути ураження.

Характерними для поліартриту є множинність, летючість, різка болючість, збільшення об'єму суглоба, шкіра над суглобом гладенька, гаряча на дотик. Положення хворого вимушене, обличчя страждальницьке. Не дивлячись на вираженість артриту, він у подальшому, навіть без лікування, зберігається лише декілька днів і не залишає будь-яких деформацій.



Мала хорія — це наслідок ревматичного ураження мозку.

Вона виникає у 10-15 % хворих.

Для неї характерні:

- 1) гіперкінези — мимовільні, хаотичні, неритмічні, швидкі рухи різних груп м'язів (частіше обличчя, рук), які посилюються при емоціях, дії подразників і зникають під час сну;
- 2) гіпотонія м'язів;
- 3) порушення координації рухів;
- 4) порушення емоційної сфери.

Дитина плаксива, вразлива, знижується успішність у школі, змінюється почерк, з'являються неохайність, гримаси.

Середня тривалість захворювання — 3 місяці.



Анулярна висипка (кільцева еритема) блідо-рожевого забарвлення, кільцевої форми (в центрі бліді) з різко окресленими краями, не підвищується над рівнем шкіри, швидко зникає (протягом дня може декілька разів з'являтися і зникати), не злущується, не залишає пігментації. Частіше спостерігається на шкірі грудної клітки спереду, рідше — живота, спини, нижніх кінцівок.



Ревматичні вузлики - виявляються по ходу сухожиль, у ділянці великих суглобів (колінних, гомілково-ступневих, ліктювих), на гребенях лопаток, у ділянці волосяної частини голови. Добре пальпуються там, де кістка близько знаходиться до поверхні шкіри. Вони щільні, симетрично розташовані, не болючі, їх розміри — від просяного зерна до великої горошини і навіть лісового горіха, поодинокі або множинні. Шкіра над ревматичними вузликами не змінена. Вони з'являються через дні, тижні, зникають поступово протягом 15-30 днів.



Лікування в основному спрямоване на боротьбу із стрептококовою інфекцією, усунення запального процесу, пригнічення гіперімунної реакції (гострий період) і вирівнювання порушених механізмів гомеостазу (період ремісії). Чим раніше розпочато лікування (перші 2 тижні захворювання), тим більше шансів на успіх.

Руховому режиму треба приділяти увагу впродовж усього періоду захворювання, але особливо велику роль він відіграє в період активного запального процесу.



Медикаментозна терапія при ревматизмі має широкий діапазон і є ефективною. Так, для пригнічення стрептококової інфекції діти приймають антибіотики пеніцилінового ряду. При підвищеній чутливості хворого до пеніциліну призначають макроліди (переважно еритроміцин) в тій самій дозі, але перорально.

Глюкокортикоїди і НПЗП проявляють не тільки протизапальну, але й імунодепресивну дію.



**ДЯКУЄМО ЗА
УВАГУ!**

