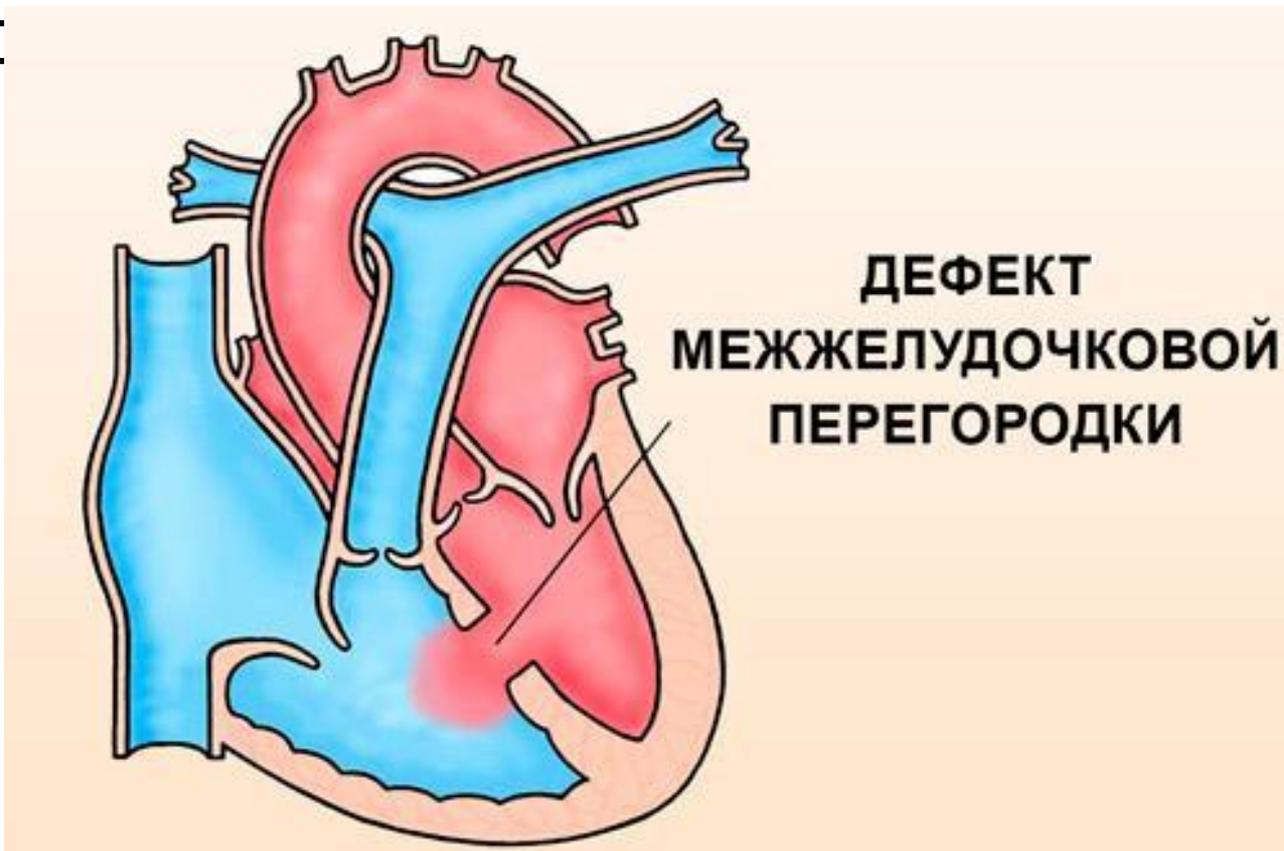


Министерство образования и науки РФ
Бурятский государственный университет
Медицинский институт
Кафедра терапии

Дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП)

Выполнил: студент III курса
Группы 141603
Кожина В. А.
Проверил: Доцент, к.м.н.
Занданов А.О.

ДМЖП – врожденный порок сердца, характеризующийся наличием сообщения между правым и левым желуд



Классификация

По размеру



Рестриктивный

- Диаметр дефекта меньше диаметра аорты
- Препятствующий току крови

Нерестриктивный

- Диаметр дефекта равен/больше диаметра аорты
- Непрепятствующий току крови

Статистика

Распределение по полу практически

- одинаково: девочки (47-52%),
- мальчики (48-53%).

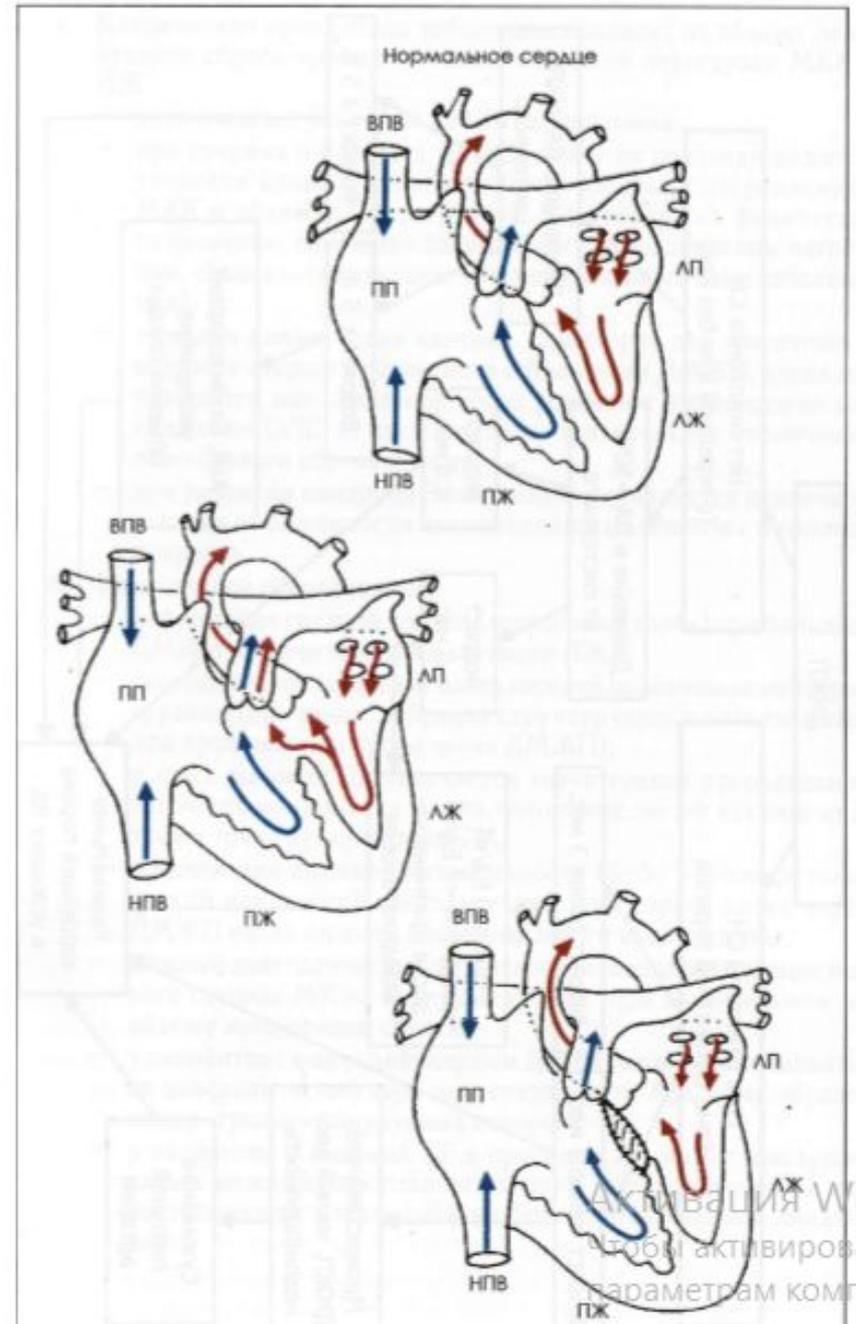
Этиология

ДМЖП связаны :

1. с нарушением органогенеза на 3-8 неделе развития плода.
2. наследственностью
3. хромосомные аномалии (синдром Дауна, синдром Сотоса, синдром Патау - в 5% случаев)
4. мутацией единичных генов (в 5% случаев).

Патогенез

- Для ДМЖП характерен лево-правый сброс крови.
- В результате ЛА, ЛП и ЛЖ испытывают объемную перегрузку, что приводит к их дилатации.



Патогенез

Направление и объем сброса определяются:

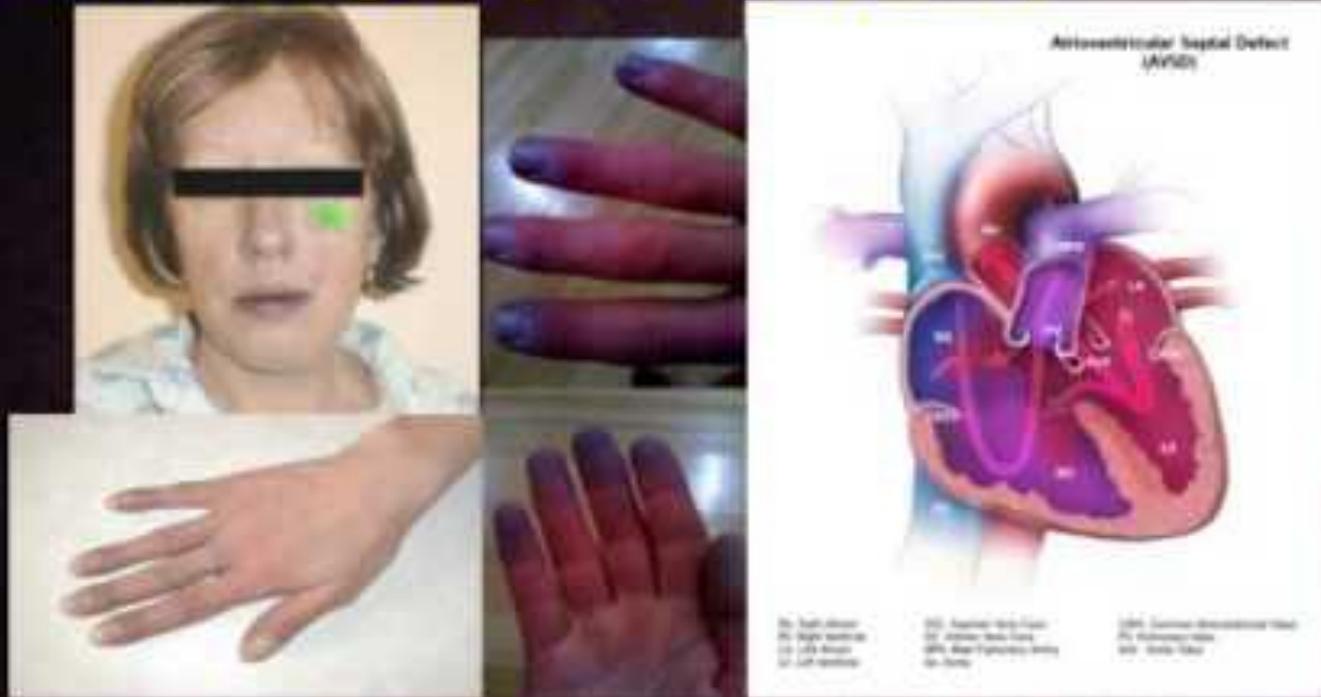
1. Различной величиной давления в желудочках
2. Размерами дефекта
3. Величиной ОЛС (или резистентности сосудов легких)

Клиника

Клинические проявления заболевания зависят от объема лево-правого сброса крови и степени объемной перегрузки МКК и ЛЖ:

1. Дети с малым ДМЖП – асимптомны
2. При средних и больших ДМЖП имеются признаки недостаточности кровообращения
3. Для детей 1-2 мес характерна тяжелая клиническая картина
4. При развитии синдрома Эйзенменгера появляется – цианоз.

Eisenmenger Syndrome (cont.)



Rx: Heart-lung transplant

Физикальное обследование

1. Деформация грудной клетки – **«сердечный горб»**

Аускультация

1. Систолическое **"кошачье мурлыканье"** -лучше всего прощупывается приблизительно посередине грудины возле ее левого края.
2. Резко **акцентирован II** тон над ЛА.
3. Когда давление в ПЖ низкое, шум ДМЖП **«дующий» и пансистолический**.
4. При постепенном увеличении давления в ПЖ шум становится более **низким, короче и мягче**.
5. Шумы при малых мышечных ДМЖП обычно очень высокие и занимают начало систолы
6. **Систолическое дрожание** вдоль нижней половины левого края грудины
7. Средней или высокой **интенсивности голосистолический или ранний систолический шум**
8. **Нежный диастолический шум** на верхушке сердца

Сердечный горб



Диагностика

Электрокардиография:

1. В норме у пациентов с малым размером ДМЖП
2. Гипертрофия ЛЖ – у пациентов со средним размером
3. Гипертрофия ЛЖ и ПЖ (иногда ЛП) – при больших ДМЖП
4. Гипертрофия ПЖ – при высокой ЛГ

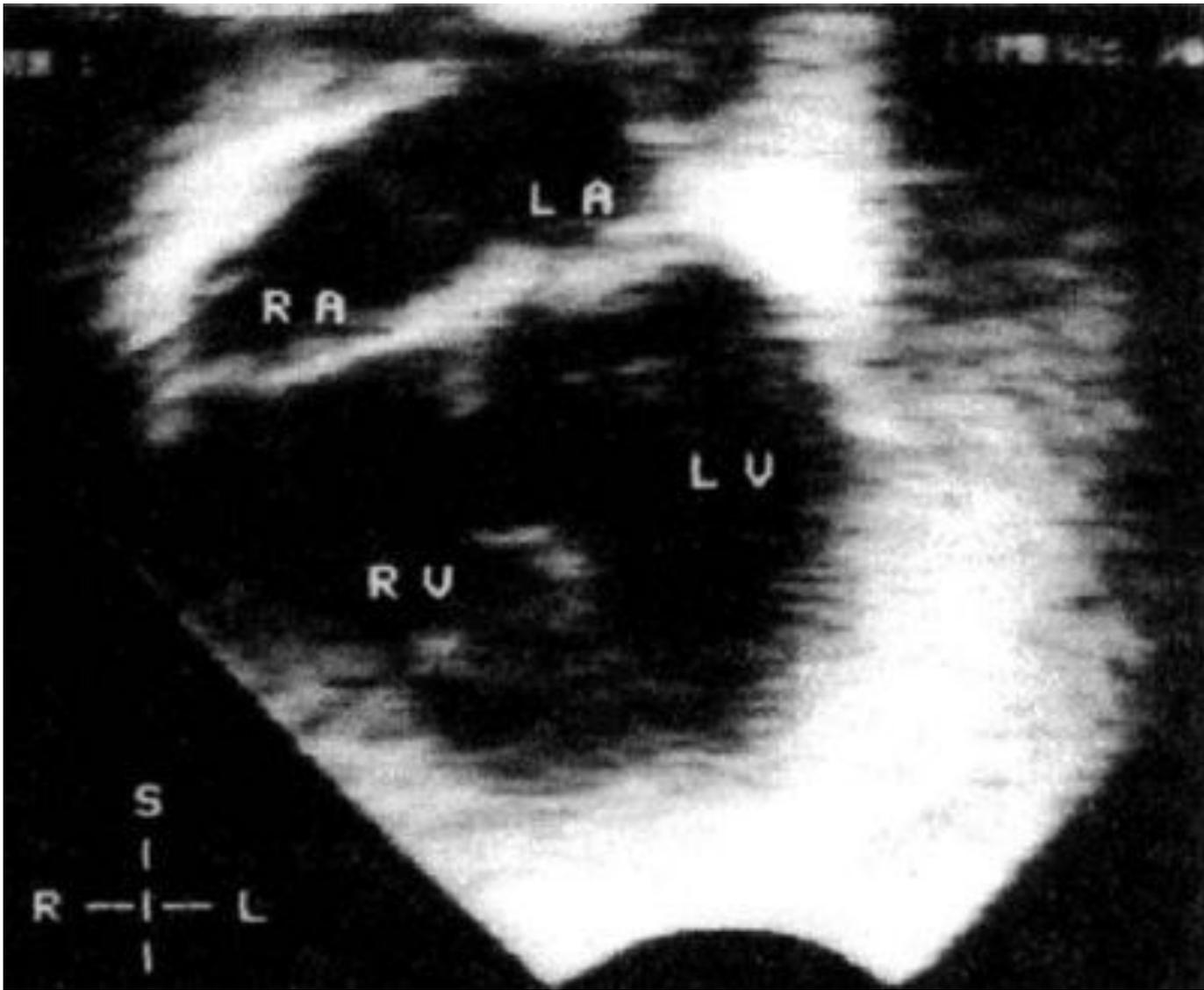
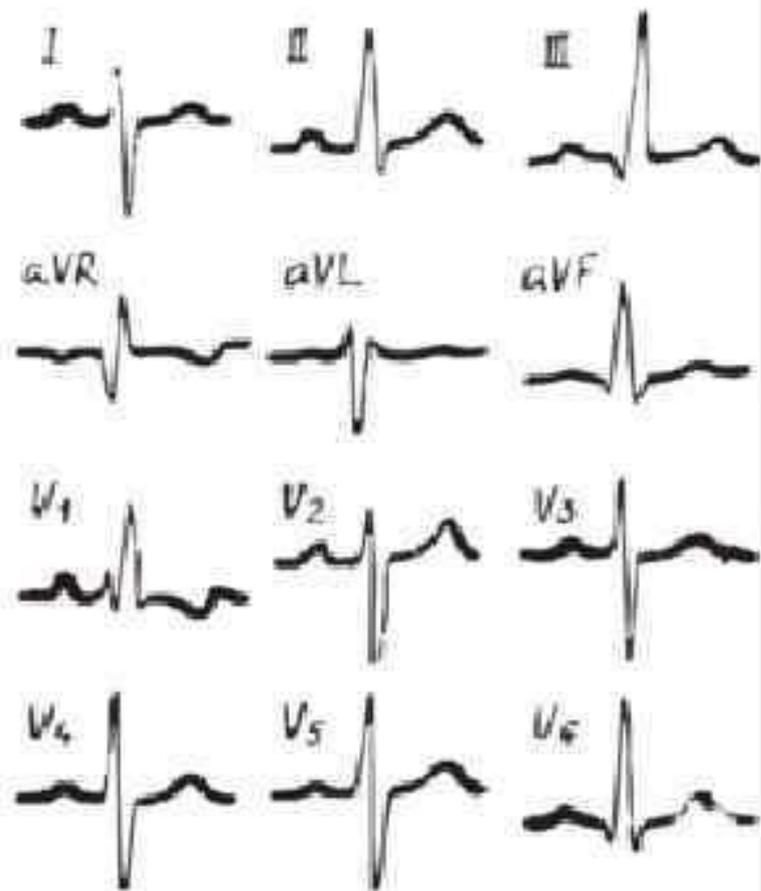
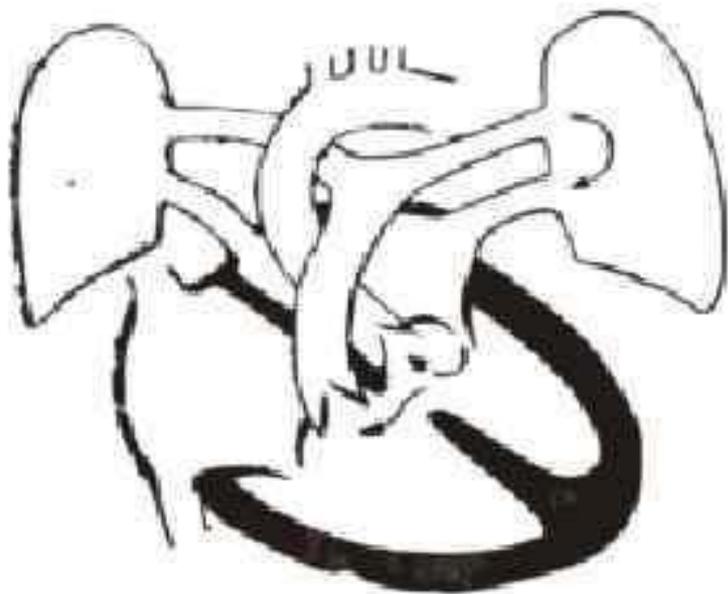


Рис. 3. ЭКГ при ДМЖП.



Диагностика

Эхокардиография При рестриктивном ДМЖП

1. Градиент ЛЖ-ПЖ **>**
50мм.рт.ст
2. Диаметр ДМЖП **менее**
80% от размера ФК АоК

При нерестриктивном ДМЖП

1. Градиент ЛЖ-ПЖ **<**
50мм.рт.ст
2. Диаметр ДМЖП **более**
80% от размера ФК АоК

Лечение

1. Наблюдение и лечение пациентов с некорригированным ДМЖП
2. Эндоваскулярные методы лечения – использование окклюдеров
3. Хирургическое лечение