

INFORMACINIS LEIDINYS



Vaiko Širdies Asociacija

ŠIRDIES ĮGIMTOS YDOS



Vaiko Širdies Asociacija

Autoriai: Jūratė Petrauskaitė, studentė LSMU MA MF
Ramunė Vankevičienė, Medicinos mokslų daktarė, vaikų kardiologė

Kalbos redaktorė: Miglė Leonavičiūtė-Klimantavičienė

Igimtą širdies ydą gali turėti maždaug 8 iš 1000 naujagimių. Nepaisant tobulėjančio chirurginio gydymo ir diagnostikos, tėvams, išgirdus apie vaiko ligą, yra labai sunku. Operacijos laukimas, didžiulė baimė, nežinomybė ir viltis, rehabilitacija – visus šiuos etapus pereina dauguma tėvų, auginančių vaiką su įgimta širdies yda. Medikai išgelbsti vaiko gyvybę, suteikdami naują gyvenimo kokybę. Sergantį širdies yda kartais dar lydi ir kitos sveikatos problemos, sutrikusi įprasta raida, tad būtina pagalba, kad vaikas galėtų gyventi visavertį gyvenimą. Patirti stiprūs išgyvenimai, rūpestis dėl vaiko ateities suvienija šeimas.

2008 m. rudenį Daiva Jonauskienė, auginanti dukterį su sudėtinga įgimta širdies yda, buvo deleguota į Berlyną – į Europos šalių įgimtų širdies ydų pacientų bei tėvų, auginančių vaikus su širdies ydomis, konferenciją. Ten, išklausiusi dvidešimties Europos šalių organizacijų pristatymus apie vykdomą jų veiklą, ji suprato svarbą ir būtinybę įkurti tokią organizaciją Lietuvoje. Kartu su kitais tėvais, savo šeimose auginančiais panašaus likimo vaikus, ėmėsi šios iniciatyvos. Taip prieš du metus Lietuvoje buvo įkurta **Vaiko Širdies Asociacija**.

Vaiko Širdies Asociacija keleri metai dalyvauja tarptautinės bendrijos veikloje, yra oficiali ECHDO (European Congenital Heart Disease Organization) narė, į kurią susitelkę Europos įgimtų širdies ydų turinčių mažųjų ligonių tėvai ir paaugliai su širdies ydomis, medikai, farmacininkai ir mokslininkai.

Vaiko Širdies Asociacija yra ne pelno siekianti organizacija, dirbanti labdaros tikslais, remianti Santariškių II širdies chirurgijos skyrių, padedanti vaikams, gimusiems su įgimtomis širdies ydomis, po širdies persodinimo operacijų, nuolat finansiškai ir morališkai remianti šiuos vaikučius ir jų tėvelius.

Jeigu Jūs auginate vaiką su įgimta širdies yda ir norite bendrauti, dalintis patirtimi, patarti ar gauti patarimų, maloniai kviečiame į savo būrį!

Susivienykime dėl savo vaikų ateities!

Daugiau informacijos apie mus rasite: www.vaikosirdis.lt.
Kontaktinis telefono numeris: +370 682 58837 (Daiva Jonauskienė).



Turinys

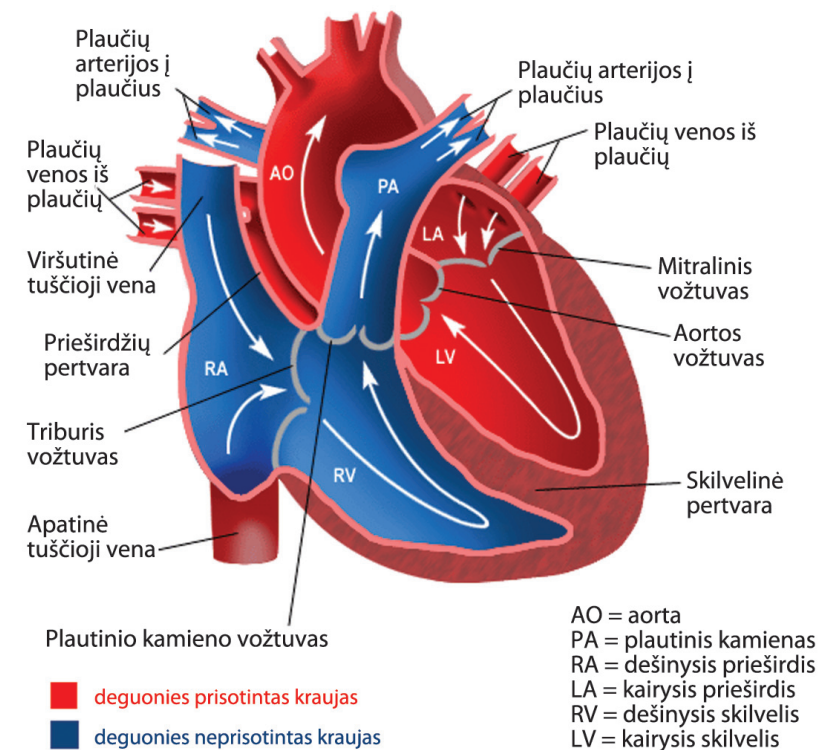
1.	ĮVADAS	3
2.	Širdies sandara.....	5
3.	Kraujagyslės.....	6
4.	Mažasis kraujo apytakos ratas.....	6
5.	Didysis kraujo apytakos ratas.....	6
6.	ŠIRDIES YDOS	7
7.	Prieširdžių pertvaros defektas (PPD).....	7
8.	Skilvelių pertvaros defektas (SPD).....	8
9.	Atviras arterinis latakas (AA)L.....	9
10.	Aortos koarktacija (AoKo).....	10
11.	Aortos angos stenozė (AoS).....	12
12.	Plautinio kamieno stenozė (plautinės arterijos stenozė, PAS).....	13
13.	Plaučių arterijos vožtuvo stenozė (PAVS).....	13
14.	Falot tetrada.....	14
15.	Stambiųjų kraujagyslių transpozicija.....	15
16.	Anomalus (netaisyklingas) plaučių venų drenažas.....	17
17.	Kairiosios širdies hipoplazijos sindromas.....	18
18.	Ebsteino anomalija.....	19
19.	ĮGIMTOS ŠIRDIES YDOS IR RESPIRACINIO SINCITIJOS VIRUSO SUKELTA INFEKCIJA	21
20.	Respiracinis sincitinis virusas.....	21
21.	RSV infekcija ir neišnešioti kūdikiai.....	22
22.	RSV poveikis ligoniams su įgimtomis širdies ydomis.....	23
23.	RSV profilaktika.....	23
24.	Bendros rekomendacijos RSV profilaktikai.....	24
25.	RSV profilaktikos rekomendacijos sergantiesiems įgimtomis širdies ligomis.....	25
26.	Tėvų ir šeimos mokymas.....	26
27.	TĖVŲ ISTORIJOS	28
28.	Mūsų Faustutė.....	28
29.	Alinos istorija.....	29
30.	Renačiuko širdis.....	30
31.	Kažkas iš aukštai mus saugo.....	31
32.	Tikėkite stebuklais.....	32
33.	Ugnės likimo išbandymai.....	33
34.	Tikėjimas.....	34
35.	1,5 metų džiaugsmo ir liūdesio 2007 02 17 – 2008 08 13.....	35
36.	Literatūros sąrašas.....	37

ĮVADAS

Širdies ir kraujagyslių sistema yra viena tobuliausių žmogaus organizmo sistemų. Širdis susitraukdama išstumia kraują į plaučius, kuriuose jis prisotinamas deguonies iš įkvėpto oro. Grįžęs į širdį kraujas išstumiamas į visą organizmą, aprūpindamas organus ir audinius deguonimi bei reikalingomis maisto medžiagomis. Ši apykaita labai svarbi tiek energijos gavimui organizme, tiek visiems gyvybiniais procesams.

Širdies ir kraujagyslių sistemą sudaro širdis, pagrindinės (didžiosios) ir vidaus organų kraujagyslės.

Normali širdis





Širdies sandara

Širdis yra netaisyklingo kūgio formos tuščiaviduris raumeninis organas. Ji guli už krūtinkaulio, ant sausgyslinės diafragmos dalies, apsupta širdiplėvės ir pritvirtinta stambiųjų kraujagyslių. Du trečdaliai širdies yra kairiojoje krūtinės ląstos pusėje, vienas trečdalis – dešiniojoje. Žmogaus širdis yra maždaug kumščio dydžio, jos masė priklauso nuo amžiaus, lyties, fizinio aktyvumo. Vyro širdis vidutiniškai sveria 300 g, moters – apie 260 g, 10 metų vaiko – apie 125 g, naujagimio – apie 22 g.

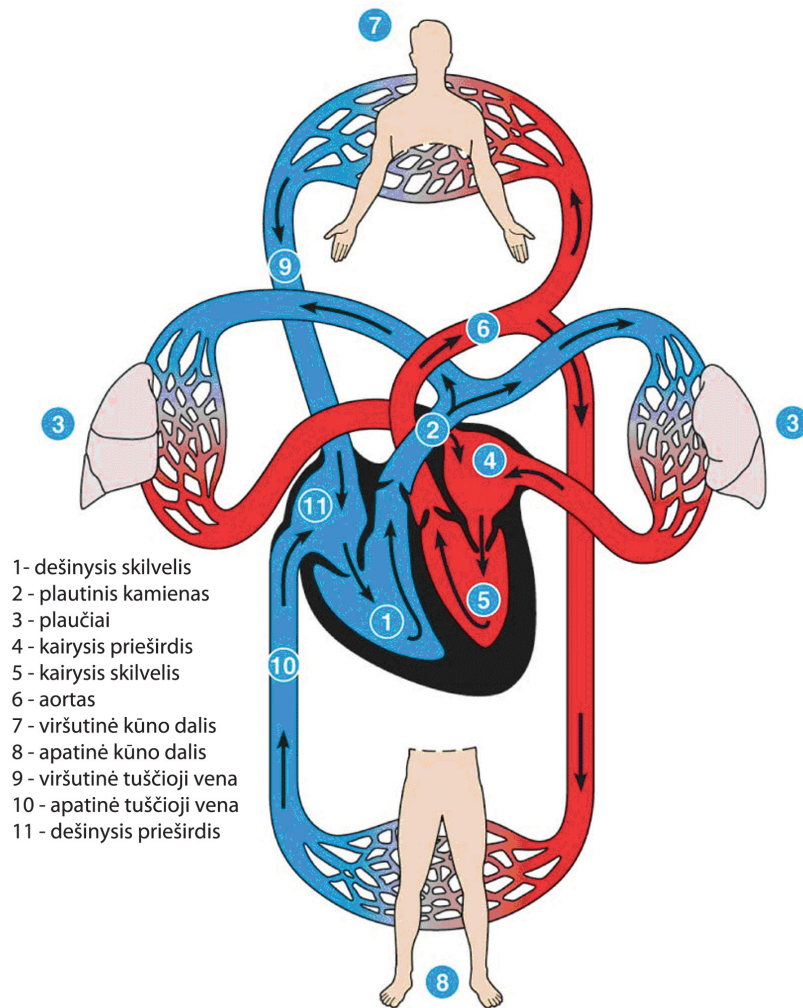
Širdis yra tuščiaviduris organas, turintis keturias kameras, kurias skiria širdies pertvara ir vožtuvai. Platesnis širdies galas vadinamas pamatu, smalesnis galas – viršūnė. Pamate yra šešios stambios kraujagyslės, kuriomis į širdį atiteka ir išteka kraujas. Širdies pertvara dalina širdį į dvi dalis – dešiniąją (veninę) ir kairiąją (arterinę). Tiek kairioji, tiek dešinioji širdies dalis yra sudaryta iš prieširdžio ir skilvelio. Prieširdžius skirianti pertvaros dalis yra vadinama tarp prieširdine, skirianti skilvelius – tarp skilveline pertvara. Prieširdžių pertvaroje visiems vaikams po gimimo yra atvira ovalioji anga. Tai 2-4 mm plyšelis, labai reikšmingas vaisiaus kraujotakai. Vaikui gimus, ovalioji anga uždaro pirmaisiais gyvenimo mėnesiais. Tarp dešiniojo prieširdžio ir dešiniojo skilvelio yra dešinioji prieširdinė skilvelio anga, kurią uždaro triburis vožtuvas (sudarytas iš trijų burių). Kairėje, tarp prieširdžio ir skilvelio, yra kairioji prieširdinė skilvelio anga, kurią uždaro dviburis vožtuvas (sudarytas iš dviejų burių), dar vadinamas mitraliniu.

Dešinysis prieširdis yra širdies pamato dešinėje pusėje. Jo viršuje atsiveria viršutinė tuščioji vena, apačioje – apatinė tuščioji vena. Viršutinė tuščioji vena atneša veninį kraują iš viršutinės kūno dalies, apatinė tuščioji vena – iš apatinės.

Dešinysis skilvelis turi dvi angas. Per prieširdinę skilvelio angą skilvelis susisiekiama su dešiniuoju prieširdžiu. Šią angą uždaro triburis vožtuvas, kurio kiekviena burė vienu galu tvirtinasi prie vidinės širdies sienelės, kitu – ilgais sausgysliniais siūlais prie skilvelio speninių raumenų, esančių skilvelio apačioje. Tokia vožtuvo sandara neleidžia kraujui tekėti atgal į prieširdį iš skilvelio jam susitraukiant, nes burės išsiplečia ir uždaro angą, o sausgysliniai siūlai neleidžia joms išsiversti į prieširdžio pusę. Antrąją, plautinio kamieno, angą uždaro pusemėnulinis vožtuvas, sudarytas iš trijų pusemėnulinio formos lapelių, kurie susiglaudžia savo galais. Kai skilvelis išstumia kraują į plautinį kamieną, čia padidėjęs spaudimas išplečia pusemėnulinio formos vožtuvus ir neleidžia kraujui tekėti atgal į skilvelį.

Kairysis prieširdis yra kairėje širdies pamato pusėje. Jo viršuje atsiveria keturios plaučių venos, kuriomis į prieširdį atiteka arterinis kraujas iš plaučių. Apačioje per prieširdinę skilvelio angą kairysis prieširdis susisiekiama su kairiuoju skilveliu.

Kairysis skilvelis yra raumeningiausias iš visų keturių širdies kamerų. Jame, be prieširdinės skilvelio angos, yra ir aortos anga, pro kurią kraujas išteka į aortą. Panašiai kaip ir dešinėje



- 1 - dešinysis skilvelis
- 2 - plautinis kamienas
- 3 - plaučiai
- 4 - kairysis prieširdis
- 5 - kairysis skilvelis
- 6 - aortas
- 7 - viršutinė kūno dalis
- 8 - apatinė kūno dalis
- 9 - viršutinė tuščioji vena
- 10 - apatinė tuščioji vena
- 11 - dešinysis prieširdis



širdies pusėje prieširdinę skilvelio angą uždaro burinis vožtuvas, kuris yra dviburis ir vadinamas mitraliniu vožtuvu. Jo burės veikia tuo pačiu principu, kaip ir dešiniajame, neleidžia grįžti kraujui į prieširdį skilvelio susitraukimo metu. Ties aortos anga, kaip ir ties plaučių kamieno anga, yra pusemėninis vožtuvas, sudarytas iš trijų pusemėnulių formos lapelių. Skilveliui kraują išstumus į aortą ir spaudimui aortoje padidėjus, šis vožtuvas užsidaro ir neleidžia kraujui tekėti atgal į skilvelį.

Kraujagyslės

Ištekančios iš širdies kraujagyslės yra vadinamos arterijomis, įtekančios į širdį – venomis. Arterijomis teka arterinis kraujas, venomis – veninis, išskyrus plaučių arterijas ir venas. Arterinis kraujas yra prisotintas deguonies, kurį neša ir atiduoda audiniams ir organams. Atidavęs deguonį arterinis kraujas tampa veniniu, grįžta į širdį ir iš jos į plaučius patenka per plautinį kamieną ir plaučių arterijas. Plaučiuose kraujas prisijungia deguonį, virsta arteriniu ir plaučių venomis atiteka į kairįjį prieširdį.

Mažasis kraujo apytakos ratas

Mažasis kraujo apytakos ratas sudarytas iš plautinio kamieno, plaučių arterijų ir plaučių venų. Mažasis kraujo apytakos ratas užtikrina kraujo apytaką plaučiuose ir kraujo prisotinimą deguonimi.

Plautinis kamienas prasideda dešiniajame skilvelyje, kur yra uždamos pusemėninis vožtuvas. Ši kraujagyslė yra neilga, nes ties ketvirtuoju krūtinės slanksteliu skyla į kairiąją ir dešiniąją plaučių arterijas. Kiekviena plaučių arterija įeina į plautį, kur dalijasi į smulkesnes šakas ir apraizgo plaučių audinį. Tai labai svarbu deguonies pernašai iš oro į kraują. Deguonies prisotintas kraujas iš plaučių išteka per plaučių venas – dvi iš kairiojo plaučio ir dvi iš dešiniojo. Visos keturios plaučių venos normaliai atsiveria kairiajame prieširdyje. Taigi, mažasis kraujo apytakos ratas prasideda iš dešiniojo skilvelio ir pasibaigia kairiajame prieširdyje.

Didysis kraujo apytakos ratas

Didįjį kraujo apytakos ratą sudaro aorta ir jos šakos bei venos. Didysis kraujo apytakos ratas užtikrina deguonies prisotinto kraujo išnešiojimą po visą organizmą, kur šis būtų naudojamas gyvybiniais procesams.

Aorta prasideda kairiajame skilvelyje, joje skiriamos kelios dalys:

- kylančioji aorta – aortos dalis, išeinanti iš kairiojo skilvelio ties III šonkaulio kremzle, kylanti į viršų ir šiek tiek į dešinę. Suaugusio žmogaus ji yra apie 6 cm ilgio ir pereina į aortos lanką;

- aortos lankas – kylančiosios aortos tęsinys, kuris prasideda už krūtinkaulio kampo ir baigiasi ties IV krūtinės slanksteliu. Nuo apatinės lanko dalies eina arterinis raištis, kuris iki vaiko gimimo funkcionuoja kaip arterinis latakas, jungiantis aortą su kairiąja plautinio kamieno šaka. Nuo aortos lanko atsišakoja daug stambių arterijų;
- krūtininė aorta – prasideda ties IV krūtinės slanksteliu ir leidžiasi žemyn, nuo jos atsišakoja arterijos į krūtinės ląstos organus;
- pilvinė aorta – krūtininės aortos tęsė žemiau diafragmos, kuri prasideda ties XII krūtinės slanksteliu. Nuo pilvinės aortos atsišakoja arterijos į pilvo ertmės organus. Ties IV juosmens slanksteliu pilvinė aorta skyla į dvi klubines arterijas, kurios šakojasi į smulkesnes šakas ir neša kraują į kojas ir dubens organus.

Aorta aprūpina visą organizmą arteriniu krauju, prisotintu deguonimi. Organuose ir audiniuose arterinis kraujas, atidavęs deguonį virsta veniniu ir teka venomis. Veninis kraujas iš kūno apatinės dalies suteka į apatinę tuščiąją veną, o iš viršutinės kūno dalies – į viršutinę tuščiąją veną. Tuščiosios venos įteka į dešinįjį prieširdį, kur pasibaigia didysis kraujo apytakos ratas. Iš čia kraujas yra išstumiamas į mažąjį kraujo apytakos ratą ir vėl prisotinamas deguonimi.

ŠIRDIES YDOS

Prieširdžių pertvaros defektas (PPD)

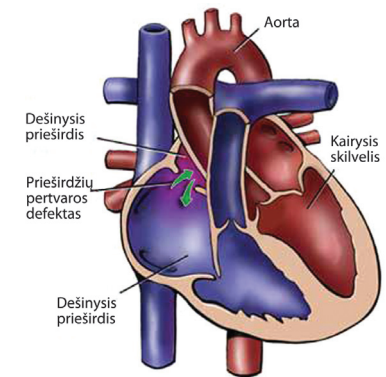
– patloginė anga prieširdžių pertvaroje, kuri susiformuoja 4–5 nėštumo savaitę. Defektas būna centrinėje, viršutinėje arba apatinėje pertvaros dalyje. PPD gali būti atskira (izoliuota) širdies yda arba nustatoma kartu su kitomis ydomis.

Dažnai PPD vadinama atvira ovalioji anga, kuri yra normali (fiziologinė) vaisiaus prieširdžių jungtis, reikalinga kraujotakai iki gimimo. Vaikui gimus ovalioji anga dažniausiai užsidaro pirmaisiais gyvenimo mėnesiais, tačiau kartais išlieka atvira ilgesnį laiką. Esminis PPD ir atviros ovaliosios angos skirtumas – mažas angos dydis (iki 3 mm), kuris lemia normalų vystymąsi ir netrikdo kraujotakos.

Dažniau PPD būna mergaitėms (santykis su berniukais – 2:1).

Kraujo apytaka sergant PPD (hemodinamika)

Esant atvirai tarpširdinei pertvarai kraujas iš kairiojo prieširdžio yra išstumiamas ne tik į kairįjį skilvelį, bet ir į dešinįjį prieširdį, todėl jame susikaupia didesnis kraujo kiekis (perkrova tūriu). Ilgainiui dėl pastoviai pritekančio didesnio kraujo kiekio dešiniojo prieširdžio,





vėliau ir dešiniojo skilvelio ertmė išsiplėčia. Didesnis kraujo kiekis patenka į plaučius (išsivysto plaučių hipervolemija – persipildymas padidėjusiu kraujo tūriu), palaipsniui didėja spaudimas plaučių kraujagyslėse (plautinė hipertenzija). Vaikams plautinė hipertenzija sergant PPD dažniausiai neviršija I°.

Klinika

Klinikiniai PPD požymiai priklauso nuo defekto dydžio. Naujagimiams ir kūdikiams kliniškai pasireiškia tik dideli prieširdžių pertvaros defektai: kūdikiai priauga mažai svorio, dažnai serga kvėpavimo takų ligomis. Esant vidutinio dydžio ar dideliame PPD vyresni vaikai greičiau pavargsta, dūsta fizinio krūvio metu, taip pat dažniau serga peršalimo ligomis, gali būti išblyškę, liesni nei bendraamžiai. Esant nedideliame PPD vaiko augimas ir raida nesutrunka, širdies nepakankamumas neišsivysto, vienintelis ydos požymis būna širdies ūžesys, kuris išklašomas tik gimus arba vėliau.

PPD komplikacijos: širdies ritmo sutrikimai, padidėjęs spaudimas plaučių kraujagyslėse (plautinė hipertenzija), širdies nepakankamumas, embolija (kraujagyslių užsikimšimas trombu).

Gydymas

Didelis defektas gydomas operaciniu būdu, angą užsiūnant arba užlopanč. Operuojami dažniausiai 1-2 metų, taip pat ikimokyklinio amžiaus vaikai. Vyresniems vaikams, paaugliams dažniau nereikia sudėtingos širdies operacijos, PPD defektas pašalinamas per kateterį įvedant specialų plastikinį „skėtį“, kuris uždaro angą iš abiejų pusių.

Neoperuojami tik maži defektai.

Prognozė

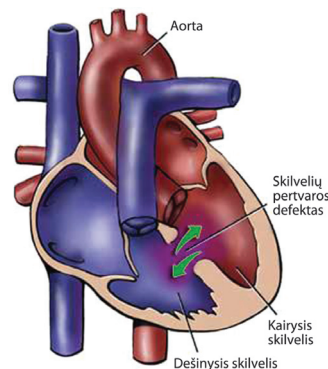
Apie 15% prieširdžių pertvaros defektų užsidaro savaime iki 4 metų amžiaus.

Laiku atlikus didelio defekto operaciją, vaikas visiškai pasveiksta.

Skilvelių pertvaros defektas (SPD) – patologinė anga skilvelių pertvaroje, dėl kurios atsiranda jungtis tarp kairiojo ir dešiniojo skilvelių. Tai – viena dažniausių įgimtų širdies ydų (ji sudaro 20% visų ydų). Defektas pertvaroje susiformuoja 4-8 nėštumo savaitę. SPD skirstomi pagal dydį ir vietą įvairiose pertvaros dalyse.

Hemodinamika

Esant angai tarpkilvelinėje pertvaroje kraujas iš kairiojo skilvelio teka ne tik į aortą, bet ir į dešinįjį skilvelį bei plaučius. Apeinamo-



sios (šuntinės) srovės dydis priklauso nuo defekto dydžio ir nuo plaučių kraujagyslių pasipriešinimo (rezistentiškumo). Didesnis kraujo kiekis grįžta plaučių venomis į kairįjį prieširdį. Pradžioje daugiau kraujo susikaupia tik kairiajame skilvelyje, vėliau ima plėstis ir dešiniojo skilvelio bei prieširdžio ertmės. Kairiojo skilvelio sienelė storėja, išveša. Plaučiai nuolat perpildyti didesniu kraujo kiekiu (plaučių hipervolemija), ilgainiui dėl to padidėja spaudimas plaučių kraujagyslėse (plautinė hipertenzija). Dešiniajam širdies skilveliui pasidaro sunkiau dirbti – pastoviai su didesne jėga stumti kraują į plaučius, todėl jo sienelė sustorėja.

Klinika

Didelis SPD kliniškai pasireiškia jau naujagimystėje: naujagimis blogai žinda, priauga mažai svorio, ramybėje jo kvėpavimas dažnas (jis dar labiau padažnėja valgant), dūsta. Atsiranda širdies lėtinio nepakankamumo požymių: dažnas kvėpavimas (tachipnėja) ir pulsas (tachikardija), padidėja kepenys. Kūdikis gali gausiai prakaituoti, dažnai serga kvėpavimo sistemos ligomis. Esant vidutiniam ar didesniame defekte vyresnio amžiaus vaikai greičiau nuvargsta, netoleruoja fizinio krūvio, dažniau serga plaučių uždegimu, jų kūno masė mažesnė negu bendraamžiai.

Mažas SPD nesutrikdo vaiko augimo ir raidos, būna tik tipinis (būdingas) širdies ūžesys.

Gydymas

Didelis, hemodinamiškai reikšmingas SPD operuojamas kelių mėnesių amžiuje, defektą užlopanč. Iki operacijos tokis kūdikis „auginamas“, stiprinant širdies veiklą vaistais. Vaikai su nedideliu ar vidutiniu dydžio SPD operuojami ikimokykliniame amžiuje. Neoperuojami tik vaikai, turintys mažą nereikšmingą defektą.

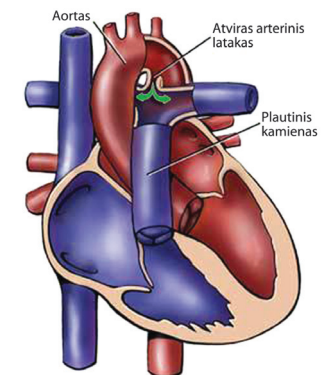
Prognozė

Dauguma mažų defektų savaime užsidaro iki 2 metų amžiaus.

Laiku išoperavus reikšmingą defektą, prognozė gera, vaikas auga sveikas.

Atviras arterinis latakas (AAL) – likusi funkcionuojanti jungtis tarp aortos ir plautinio kamieno. Dar vadinamas Botalo latakas. Nėštumo laikotarpiu šis latakas yra būtinas vaisiaus kraujotakai. Tačiau po gimimo pakitus kraujotakai arterinis latakas užsidaro per pirmąsias 10–18 valandų ir virsta arteriniu raiščiu.

Atviras arterinis latakas dažniau pasitaiko mergaitėms (jų santykis su berniukais – 2:1). Dažnai atviras arterinis latakas būna neišnešiotiems naujagimiams.





Hemodinamika

Dėl to, kad kraujo spaudimas aortoje yra didesnis nei plautiniame kamienne, esant atviram arteriniam latakui kraujas iš aortos pro atvirą lataką nuteka į plautinį kamieną ir plaučius. Šis kraujas iš plaučių grįžta į kairįjį prieširdį, vėliau į kairįjį skilvelį, jų ertmės būna perkrautos, nes į jas priteka per daug kraujo. Plaučių kraujagyslės persipildo krauju (tūrinė plaučių perkrova), taip pat padidėja kraujo spaudimas jose (plautinė hiperstenzija).

Klinika

Dažniausiai AAL būna besimptomis. Kūdikiams atviras arterinis latakas sukelia širdies nepakankamumą tik tada, kai jungtis yra plati (didelis latakas). Vyresniems vaikams klinikiniai požymiai taip pat priklauso nuo latakų dydžio. Jei latakas mažas ir praleidžia nedaug kraujo, vaikas niekuo nesiskundžia, bet yra girdimas ūžesys. Esant vidutinio dydžio ar dideliame atviram arteriniam latakui vaikas greitai pavargsta, dūsta, sulėtėja jo fizinė raida, jis būna išblyškęs.

Gydymas

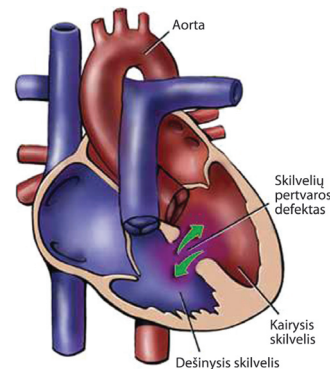
Atvirą arterinį lataką, jam neužsidarius laiku, reikia operuoti. Ši operacija lengvesnė negu kitos, nes jos metu širdies atverti nereikia. Latakas yra perrišamas arba perkerpamas ir jo galai užsiuvami. AAL gali būti uždaromas ir per kateterį įvedus specialų kamštuką. Rekomenduojama operuoti 1–4 gyvenimo metais arba tol, kol neišsivystė plautinė hipertenzija ar širdies nepakankamumas.

Prognozė: laiku išoperavus atvirą arterinį lataką vaikai auga sveiki.

Aortos koarktacija (AoKo) – tai patologinis (nenormalus) aortos nusileidžiančios dalies susiaurėjimas. Ši yda sudaro 5–8% visų įgimtų širdies ydų. Berniukai serga dažniau nei mergaitės (santykis 2:1). Yda gali būti atskirai viena (izoliuota), bet gana dažnai ji būna kartu su kitomis širdies ydomis. Sergant Turnerio (liet. – Ternerio) sindromu AoKo būna 15–20% ligonių.

Hemodinamika

Iš kairiojo skilvelio į aortą ištekėjęs kraujas turi pratekėti pro aortos nusileidžiančios dalies susiaurėjimą. Dėl kliūties didėja kraujo spaudimas kairiajame skilvelyje, kairiojo skilvelio raumeniui reikia daugiau jėgos išstumti kraują į aortą, todėl jo sienelės sustorėja – išveša (hi-



pertruofoja). Kadangi kairiajam skilveliui per aortos susiaurėjimą sunkiau išstumti kraują, mažiau jo patenka į vidaus organus. Sumažėja inkstų, žarnyno, apatinių galūnių kraujotaka ir aprūpinimas deguonimi. Širdies darbas pasunkėja, dėl ydos padidėja kraujospūdis viršutinėje ir sumažėja apatinėje kūno dalyje.

Aortos koarktacija būna dviejų tipų:

- suaugusiųjų (postduktalinis) tipas: aortos koarktacijos vieta yra aukščiau arterinio latakų, dar iki vaikai gimstant susiformuoja kolateralės – papildomos kraujagyslės kraujui nutekėti, aplenkiant susiaurėjusią aortos vietą;
- infantilinis (preduktalinis, kūdikių) tipas: aortos koarktacijos vieta yra žemiau arterinio latakų, nėštumo metu vaisiaus kraujas iš aortos nuteka per arterinį lataką ir kolateralės nesivysto.

Klinika

Klinikiniai požymiai priklauso nuo ydos tipo.

Suaugusiųjų tipo aortos koarktaciją turintis naujagimis gimsta su susiformavusiomis kraujagyslėmis, kurios padeda aplenkti susiaurėjusią aortos vietą. Pirmaisiais gyvenimo metais kūdikis auga ir vystosi normaliai. Ydos požymiai išryškėja vyresniame amžiuje: atsiranda galvos skausmų, dažnai kraujuoja iš nosies, jaučiamas greitas kojų nuovargis ar šalimas dėl sumažėjusios apatinės kūno dalies kraujotakos, išmatuojamas padidėjęs kraujospūdis rankose, o sumažėjęs kojose.

Infantilinio tipo aortos koarktacijos klinikinė eiga itin sunki. Naujagimis gimsta su aortos susiaurėjimu, kurio nekompensuoja kolateralinė kraujotaka. Ydos požymiai dažniausiai pasireiškia 2–10 gyvenimo dienų: naujagimis staiga nustoja valgęs, atsiranda dusulys, oda tampa pilkšva, padidėja širdies susitraukimų dažnis (atsiranda tachikardija). Naujagimio kojos būna vėsesnės, melsvos spalvos, neapčiuopiamas šlaunies arterijos pulsas. Laiku nenustačius ydos naujagimiai miršta.

Gydymas.

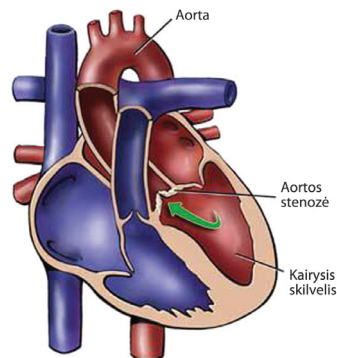
Bet kurio tipo aortos koarktacija turi būti nedelsiant gydoma operacija. Operuojant pašalinama susiaurėjusi aortos dalis, jos galai susiuvami. Jei susiaurėjimo vieta ilga, naudojamas kraujagyslės transplantas.

Prognozė.

Laiku išoperavus prognozė gera. Pirmaisiais metais po operacijos ribojamas fizinis krūvis, vėliau būklė sekama individualiai. Kartais vaikui augant išsivysto arterinė hipertenzija (nustatomas padidėjęs kraujospūdis). Operuota vieta gali vėl susiaurėti, tada reikalinga pakartotinė operacija.



Aortos angos stenozė (AoS) – tai įgimtas aortos angos susiaurėjimas, trukdantis kraujui ištekėti iš kairiojo skilvelio į aortą. Dažniausiai susiaurėjimas susidaro dėl netinkamai išsivysčiusių aortos vožtuvo burių. 1% žmonių, vietoj triburio, šis aortos vožtuvas būna dviburis, jis ne taip gerai praleidžia kraują. Kitų ligonių vožtuvas būna nepakitęs, susiaurėjimą sudaro žemiau ar aukščiau vožtuvo esanti kliūtis (membrana). Aortos angos stenozė sudaro 3–5% visų įgimtų širdies ydų, dažniau pasitaiko berniukams (santykis su mergaitėmis – 4:1).



Hemodinamika

Širdžiai susitraukiant, kairysis skilvelis, įveikdamas pasipriešinimą, dirba didesne jėga, todėl jo raumuo sustorėja (atsiranda kairiojo skilvelio hipertrofija). Ydai progresuojant, skilvelio ertmė pradeda plėstis, raumuo silpsta. Pamažu išsivysto širdies nepakankamumas, dėl jo nepakankamai krauju aprūpinama pati širdis ir visas organizmas.

Klinika

Vaiko būklė priklauso nuo aortos angos susiaurėjimo laipsnio, kuris, vaikui augant didėja, progresuoja. Jeigu aortos angos stenozė nedidelio sunkumo, nusiskundimų ir klinikinių požymių ilgai nebūna, išklausomas tik širdies užšesys. Tokiam vaikui būtina riboti fizinį krūvį ir stebėti jo būklę. Kai aortos angos stenozės eiga sunkėja, vaikas greičiau pavargsta, būna išblyškęs, padidėja širdies susitraukimų dažnis, atsiranda alpimų (sinkopių) ir skausmų krūtinėje, širdies plote, ypač fizinio krūvio metu arba tuoj po jo. Alpimai ir skausmai krūtinėje yra ypač gresmingi požymiai. Šiems vaikams yra didelė staigios mirties rizika.

Kartais tik ką gimusiam naujagimiui aortos angos susiaurėjimas būna sunkaus laipsnio, todėl širdies nepakankamumas progresuoja pirmomis dienomis ar net valandomis po gimimo.

Gydymas

Esant sunkaus laipsnio stenozei, būtina operuoti, palengvinant kraujo tėkmę per aortps vožtuvą. Gali būti atliekama balioninė valvuloplastika (plastinė vožtuvo operacija per kateterį), aortos vožtuvo valvulotomija arba aortos vožtuvo pakeitimo operacija.

Prognozė

Prognozė priklauso nuo ydos sunkumo. Šia liga sergantiems vaikams prieš ir po operacijos turi būti taikoma infekcinio endokardito (vidinio širdies sluoksnio, dengiančio širdies ertmės ir sudarančio širdies vožtuvus, uždegimo) profilaktika. Individualiai gali būti ribojamas fizinis krūvis.

Plautinio kamieno stenozė (plautinės arterijos stenozė, PAS) – plautinio kamieno susiaurėjimas, neleidžiantis kraujui lengvai nutekėti iš dešiniojo skilvelio į plaučių arterijas.

Hemodinamika

Esant plautinio kamieno susiaurėjimui dešiniojo skilvelio darbas pasunkėja, jo sienelės raumuo sustorėja – išveša. Vėliau dešiniojo skilvelio ir dešiniojo prieširdžio ertmės išsiplėčia, atsiranda širdies nepakankamumas.

Klinika

Klinikiniai požymiai priklauso nuo stenozės laipsnio. Jeigu stenozė nėra didelė, vaikas jaučiasi gerai, vienintelis ydos požymis yra išklausomas šurkštus užšesys. Jeigu plaučių kamieno stenozė yra vidutinio sunkumo arba sunki, atsiranda dusulys, odos melsvumas, kamuoja skausmai krūtinėje. Kartais plautinio kamieno stenozė būna ryški jau nuo pat gimimo, pirmaisiais mėnesiais didėja kūno odos melsvumas ir progresuoja širdies nepakankamumas.

Gydymas

Operacinis gydymas taikomas esant sunkaus laipsnio stenozei. Susiaurėjęs plautinis kamienas platinamas lopo pagalba arba pakeičiamas kraujagysliniu protezu – konduitu. Kai kraujagyslės susiaurėjimas yra labai sunkus tik ką gimusiam naujagimiui, gali būti atliekama pagalbinė kraujagyslių jungties (anastomozės) operacija.

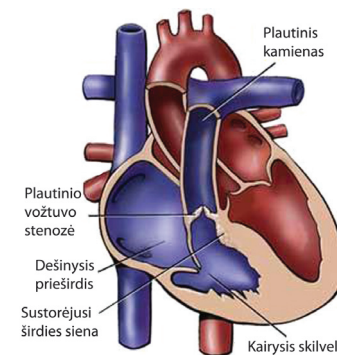
Prognozė

Prognozė priklauso nuo ydos sunkumo laipsnio, sėkmingo operacinio gydymo. Vaikams fizinis krūvis gali būti neribojamas, daugiausia esant lengvo laipsnio plautinio kamieno susiaurėjimui. Sergantys šia yda vaikai turi gerti pakankamai skysčių, saugotis jų trūkumo. Visada būtina bakterinio endokardito profilaktika.

Plaučių arterijos vožtuvo stenozė (PAVS) – plaučių arterijos vožtuvinės angos susiaurėjimas dėl netaisyklingai susiformavusio vožtuvo. Yda gali būti izoliuota, taip pat dažnai ji būna su kitomis širdies ar kitų organų formavimosi ydomis (pavyzdžiui, esant genetiniam sindromui).

Hemodinamika

Dešiniajam skilveliui sunku išstumti kraują į plautinį kamieną. Skilvelis storėja ir plečiasi, vėliau plečiasi ir dešinysis prieširdis. Plautinis kamienas už vožtuvo taip pat būna išplėstas. Esant sunkiam susiaurėjimui kraujas iš perkrautų dešiniųjų ertmių nuteka į kairiąsias ertmes per skilvelių pertvaros arba prieširdžių pertvaros defektą.





Klinika

Klinikiniai požymiai priklauso nuo ydos sunkumo. Esant lengvo laipsnio PAVS vaiko augimas ir raida nesutrunka, vožtuvo susiaurėjimą „išduoda“ šiurkštus širdies ūžesys. Sunkios ydos klinikiniai požymiai panašūs į plautinio kamieno stenozės.

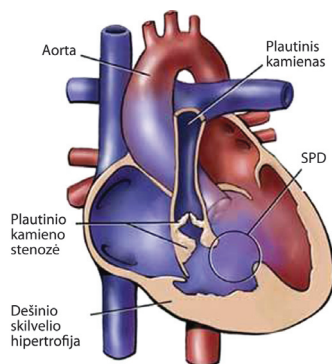
Gydymas

Operacinis gydymas taikomas esant sunkaus laipsnio stenozei. Atliekama perkaterinė balioninė valvuloplastika (kateteriu patenkama į plaučių kamieno susiaurėjimo vietą, kur yra išpučiamas balionėlis, praplečiantis susiaurėjusį plaučių arterijos vožtuvą), susiaurėjusios kraujagyslės pakeitimas konduitu (kraujagyslės protezu).

Prognozė

Prognozė priklauso nuo ydos sunkumo, operacinio gydymo rezultato.

Fallot tetrada (liet. Falo tetrada) – sudėtinga širdies yda, kurią sudaro keturi komponentai: plautinio kamieno susiaurėjimas (stenozė), skilvelių pertvaros defektas, aortos žiočių atsivėrimas dešiniau (dekstrapozicija) ir dešiniojo skilvelio hipertrofija. Tai pati dažniausia „mėlynoji“ arba cianotinė širdies yda, taip vadinama todėl, kad, neišsivysčius pertvarai tarp kraujo cirkuliacijos ratų, „mėlynas“ deguonimi neprisotintas kraujas, patenka į sisteminę kraujotaką, dėl to vaikų veidas, lūpos ir viso kūno oda būna mėlso atspalvio.



Hemodinamika

Skilvelių pertvaros defektas – patologinė anga tarpkilvelinėje pertvareje, virš kurios atsiveria aorta.

Esant šiai ydai aorta atsiveria dešiniau negu įprasta, tai vadinama *aortos žiočių dekstrapozicija*. Dėl šios priežasties širdžiai susitraukiant kraujas į aortą patenka ne tik iš kairiojo, bet ir iš dešiniojo skilvelio.

Plautinio kamieno stenozė – įvairaus laipsnio plautinio kamieno susiaurėjimas, neleidžiantis dešiniajam skilveliui laisvai išstumti kraują į plaučių arterijas ir gerai aprūpinti plaučius krauju. Dalį kraujo dešinysis skilvelis padidėjusia jėga išstumia į plaučių arteriją, kita dalis kraujo iš dešiniojo skilvelio per defektą skilvelių pertvareje nuteka į aortą. Tai – veninis, tam sus, neprisotintas deguonies kraujas, dėl to vaikams, turintiems šią ydą, yra stebima cianozė.

Dešiniojo skilvelio hipertrofija vadiname dešinio skilvelio sienelės sustorėjimą. Tai vyksta dėl to, kad dešinysis skilvelis dirba sunkesnę darbą, nes jam reikia stipriau išstumti kraują į plaučius dėl plautinio kamieno susiaurėjimo. Dėl nuolatinės perkrovos skilvelio raumuo stiprėja, storėja – išveša.

Klinika

Klinikinius ydos požymius lemia plautinio kamieno ir vožtuvo susiaurėjimo laipsnis. Dažniausiai yda progresuoja palengva. Naujagimiui ir pirmųjų mėnesių kūdikiui vieninteliai požymiai gali būti šiurkštus širdies ūžesys ir odos apie lūpas mėlsumas (vadinamoji perioralinė cianozė), išryškėjantis valgant, verkiant, judant. Vaikui augant atsiranda nuolatinė cianozė (pamėlimas), daugiausia lūpų, burnos gleivinės, rankų, kojų nagų, pirštų galų srityje, ima varginti dusulys, stiprėjantis fizinio krūvio metu. Progresuojant ydai atsiranda dusulio ir mėlynavimo priepuoliai. Ištikus tokiam priepuoliui vyresnis vaikas tupiasi, prispausdamas kelius prie krūtinės, kūdikis kelius pritraukia prie krūtinės (vadinamoji priverstinė padėtis) – tuomet padidėja kraujospūdis aortoje, o dešinysis skilvelis daugiau kraujo išmeta į plaučius. Esant itin sunkios formos ydai, kai plautinis kamienas yra visiškai uždaras, jau naujagimystėje atsiranda stiprus mėlynavimas, širdies nepakankamumas.

Gydymas

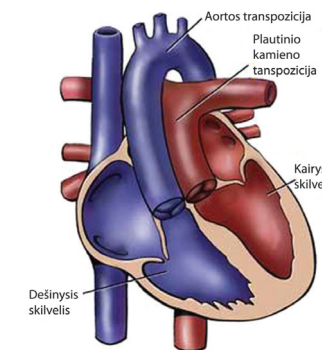
Ligonii labai svarbu gerti pakankamai skysčių, ypač susirgus uždegiminėmis ligomis ir karščiuojant. Vaikas operuojamas pirmaisiais gyvenimo metais. Dažniausiai atliekama radikali ydos korekcija: užlopoma tarpkilvelinė pertvara ir pašalinama plautinio kamieno stenozė. Kai plaučių arterija yra ypač siaura arba visiškai užakusi, pirmaisiais gyvenimo mėnesiais atliekama pagalbinė – kraujagyslių jungties – operacija, kurios tikslas – pagerinti plaučių kraujotaką, kad vaikas galėtų paaugti iki pagrindinės, ydą ištaisančios, operacijos.

Prognozė

Prognozė priklauso nuo ydos sunkumo, chirurginės korekcijos rezultato, širdies struktūros liekamųjų pakitimų.

Stambiųjų kraujagyslių transpozicija

– yda, kuriai esant stambiosios kraujagyslės yra pasikeitusios vietomis, t.y. aorta prasideda dešiniajame skilvelyje, o plautinis kamienas – kairiajame. Dažniausiai yda būna izoliuota (atskirta), nesujusi su genų ar chromosomų patologija. Stambiųjų kraujagyslių transpozicija yra dažniausia iš ydų, lemianti cianozę naujagimystėje. 60–70% sergančiųjų būna berniukai.





Hemodinamika

Galimi 4 ydos tipai:

- transpozicija be SPD (skilvelių pertvaros defekto),
- transpozicija su SPD (skilvelių pertvaros defektu),
- transpozicija su SPD (skilvelių pertvaros defektu) ir kairiojo skilvelio ištekėjimo trakto kliūtimi,
- transpozicija su SPD (skilvelių pertvaros defektu) ir plaučių kraujagyslių susiaurėjimais.

Plautiniam kamieniui su aorta pasikeitus vietomis sutrinka normalus organizmo aprūpinimas krauju ir deguonimi. Iš dešiniojo skilvelio išstumtas kraujas per aortą patenka į didįjį kraujotakos ratą, iš kurio suteka į dešinįjį prieširdį, todėl susidaro uždaras kraujotakos ratas, kuris su plaučių kraujotaka nesusisiekia ir kraujas deguonies negauna. Antrasis uždaras kraujotakos ratas susidaro kairiajam skilveliui išstumus kraują į plautinį kamieną ir plaučius. Iš plaučių kraujas grįžta į kairįjį prieširdį, iš kurio teka į kairįjį skilvelį, o iš jo ir vėl į plaučius. Susidarius šiems dviems uždariems kraujotakos ratams, kraujas, tekantis pro plaučius, nepatenka į visą organizmą, todėl organizmui ima trūkti deguonies. Vaiko būklė ir gyvybė priklauso nuo vaisiaus kraujotakos jungčių, išlikusių po gimimo – atviros ovaliosios angos ir arterinio latako. Jei šios jungtys lieka atviros, kraujas tarp dviejų kraujotakos ratų susimaišo ir organizmas gauna šiek tiek deguonies.

Klinika

Naujagimiui greitai po gimimo (pirmąją ar antrąją parą) ryškėja viso kūno cianozė (melsvumas), padažnėja kvėpavimas (tachipnėja), padidėja širdies susitraukimų dažnis (tachikardija), progresuoja širdies nepakankamumas, vis labiau ima trūkti deguonies.

Gydymas

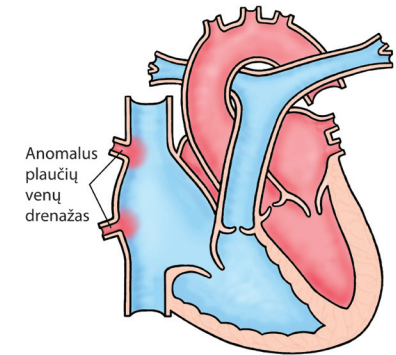
Ši yda operuojama pirmąjį gyvenimo mėnesį. Gelbstint naujagimio gyvybę ir ruošiant ydos ištaisymo operacijai, į veną lašinami specialūs atviro arterinio latako palaikymo vaistai (prostaglandinai) ir atliekama Rashkindo (liet. – Raškindo) procedūra – tapprieširdinėje pertvoroje padidinama ovalioji anga arba suformuojamas kraujo maišymuisi skirtas defektas. Vėliau (antrąją ar trečiąją gyvenimo savaitę) atliekama radikali operacija – aorta ir plautinis kamienas sukeičiami vietomis. Esant komplikuotoms ydos formoms pasirenkami kiti operacijų būdai.

Prognozė

XXI amžiuje vaikų, turinčių šią ydą, išgyvenamumas siekia daugiau kaip 90%. Būtina bakterinio endokardito profilaktika ir kardiologo stebėjimas.

Anomalus (netaisyklingas) plaučių

venų drenažas – yda, kuriai esant dalis arba visos keturios plaučių venos atsiveria netaisyklingai. Normaliai keturios plaučių venos įteka į kairįjį prieširdį ir atneša deguonies prisotinto kraujo, kuris vėliau išstumiamas į kairįjį skilvelį ir į aortą. Esant šiai ydai plaučių venos įteka ne į kairįjį, bet į dešinįjį prieširdį, viršutinę ar apatinę tuščiąsias venas ar į vartų veną. Pagal plaučių venų įtekėjimo vietą skiriami suprakardinis, intrakardinis ir infrakardinis (subdiaphragminis) ydos tipai. Yda sudaro 1,5% įgimtų visų širdies ydų.



Hemodinamika

Esant daliniam plaučių venų ydingam įtekėjimui, dalis kraujo iš plaučių suteka į dešiniąją širdies pusę – dešinįjį prieširdį arba apatinąją ar viršutinąją tuščiąsias venas, kurios taip pat atsiveria į dešinįjį prieširdį. Dėl šios priežasties dešinysis prieširdis ir skilvelis bei plaučiai yra perkraunami krauju.

Esant visiškam plaučių venų ydingam įtekėjimui dešinėsios širdies kameros dar labiau perkraunamos krauju, o kairysis skilvelis ir prieširdis kraujo iš plaučių gauna tik nedidelę dalį per prieširdžių pertvaros defektą (PPD) arba atvirą ovaliąją angą. Kai plaučių venos įteka į tuščiąsias venas žemiau diafragmos (infrakardinis tipas) ir apie 50% atvejų esant kitiems ydos tipams, kartu būna kliūtys kraujo tekėjimui plaučių venomis – plaučių venų susiaurėjimai (vadinamoji plaučių venų obstrukcija).

Klinika

Apie 70% ydos atvejų yra diagnozuojama naujagimystėje.

Kai į dešiniąją širdies pusę suteka dalis plaučių venų ir nėra kliūčių kraujui tekėti, klinikiniai ydos požymiai panašūs į didelio prieširdžių pertvaros defekto (PPD). Kūdikiai blogai priauga svorio, dažnai serga kvėpavimo takų infekcinėmis ligomis, pirmaisiais gyvenimo metais ryškėja cianozė, lėtinis širdies nepakankamumas, plautinė hipertenzija.

Kai netaisyklingai suteka visos keturios plaučių venos ir kraujotaka plaučių venomis yra pasunkėjusi, klinikiniai požymiai greitai ryškėja vaikui gimus – per pirmąsias 24–36 valandas. Naujagimiui atsiranda ryškus viso kūno melsvumas (cianozė), dažnas kvėpavimas (tachipnėja), dažnas širdies plakimas (tachikardija). Greitai vystosi širdies nepakankamumas ir plautinė hipertenzija.



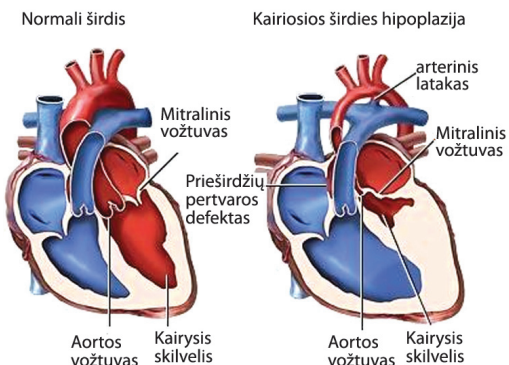
Gydymas

Vienintelis radikalus gydymo būdas – chirurginis. Naujagimystėje ar kūdikystėje vaikas operuojamas, plaučių venų įtekėjimas yra nukreipiamas į kairįjį prieširdį.

Prognozė

Prognozė priklauso nuo gydymo rezultatų, negydomi vaikai miršta. XXI amžiuje daugelyje širdies chirurgijos centrų pooperacinis vaikų išgyvenamumas siekia 90%.

Kairiosios širdies hipoplazijos sindromas – ypač sunki įgimta širdies yda, kurią sudaro neišsivystęs (hipoplastiškas) kairysis skilvelis, siaura kylančioji aorta, susiaurėjusi nusileidžiančioji aorta (yra aortos koarktacija), nefunkcionuojantys (atreziški) mitralinis ir aortos vožtuvai, gali būti nutrūkęs aortos lankas. Yda sudaro 1,2–1,5% visų įgimtų širdies ydų.



Hemodinamika

Kairysis širdies skilvelis esant šiai ydai kraujotakoje nedalyvauja (jis nepakankamo dydžio ir tinkamai nefunkcionuoja). Pagrindinį darbą atlieka dešinioji širdis. Arterinis kraujas iš plaučių suteka į kairįjį prieširdį, iš kurio per atvirą ovaliąją angą ar per prieširdžių pertvaros defektą (PPD) patenka į dešinįjį prieširdį ir į dešinįjį skilvelį, plautinį kamieną bei plaučius. Kraujas į nusileidžiančiąją aortą patenka iš plautinio kamieno per atvirą arterinį lataką. Vaiko gyvybė priklauso nuo defekto prieširdžių pertvaroje ir atviro arterinio lataką, nes mažas kairysis skilvelis, nefunkcionuojantys mitralinis bei aortos vožtuvai ir neišsivysčiusi aortos kylančioji dalis neleidžia arteriniam kraujui tekėti į organizmą.

Klinika

Šios ydos klinikiniai požymiai išryškėja labai greitai. Pirmosiomis gyvenimo valandomis naujagimis atrodo sveikas, tačiau pirmosios paros pabaigoje arba antrąją parą (24–48 val. po gimimo) jis staiga nustoja valgyti, ima dusti, padažnėja kvėpavimas ir širdies susitraukimai, kūno oda pasidaro blyškiai melsvo ar pilkšvo atspalvio, padidėja kepenys ir blužnis. Greitai vystosi inkstų nepakankamumas (mažėja šlapimo išskyrimas), širdies raumens ir smegenų kraujotakos nepakankamumas.

Gydymas

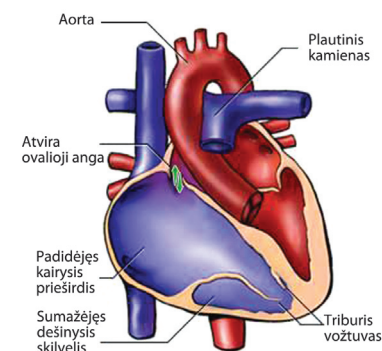
Svarbu nustatyti ydą iki vaiko gimimo (atliekant vaisiaus ultragarsinį tyrimą). Laiku nustatius kairiosios širdies hipoplazijos sindromą, stabilios būklės naujagimis pirmąją parą perkeliamas į širdies chirurgijos centrą. Stengiamasi vaistais (prostaglandiniais) palaikyti atvirą arterinį lataką, koreguoti organizmo rūgščių ir šarmų pusiausvyrą, užtikrinti kvėpavimą bei papildomo deguonies.

Chirurginis gydymas sudėtingas. Atliekamos trijų etapų operacijos: pirmoji – naujagimystėje, antroji operacija – praėjus 6 mėnesiams nuo pirmosios operacijos, trečioji – 1–2 metų vaikui. Šiems vaikams gali būti atliekama ir širdies transplantacija.

Prognozė

Neoperuojami naujagimiai miršta pirmomis gyvenimo dienomis. Pooperacinis išgyvenamumas siekia 90%, tačiau tėvai turi būti pasiruošę įvairių komplikacijų galimybei, dažniems vizitams į ligoninę, daugkartiniams širdies invaziniams tyrimams ir operacijoms, nuolatiniams gydymui vaistais tarp operacijų. Pripažįstama, kad išgyvenamumo lygis atspindi tik geriausius chirurginių centrų rezultatus, bet ne gyvenimo kokybę.

Ebsteino anomalija (liet. – Ebsteino anomalija) – yda, kuriai būdingas netaisyklingas triburio vožtuvo burių prisitvirtinimas. Esant šiai ydai triburis vožtuvas yra žemiau, prie dešinio skilvelio sienelės ir sumažina jo ertmę. 90% ligonių būna ir prieširdžių pertvaros defektas (PPD) ar atvira ovalioji anga, 20–25% – plautinio kamieno susiaurėjimas arba visiškas užakimas. Yda nėra dažna – ji sudaro mažiau 1% visų įgimtų širdies ydų. 5–10% ligonių taip pat būna papildomų širdies elektrinio laidumo pluoštų.



Hemodinamika

Netaisyklingai prisitvirtinęs (dislokuotas link širdies viršūnės) triburis vožtuvas yra nesandarus – per jį dalis į plautinį kamieną tekančio kraujo grįžta atgal į dešinįjį prieširdį, o dėl netaisyklingo triburio vožtuvo prisitvirtinimo sumažėjusi dešiniojo skilvelio ertmė talpina mažai kraujo. Dešinysis prieširdis negali išstumti viso kraujo į sumažėjusią skilvelio ertmę, todėl yra perkraunamas krauju. Veninis kraujas (mažai prisotintas deguonies) iš dešiniojo prieširdžio nuteka į kairįjį per prieširdžių pertvaros defektą arba atvirą ovaliąją angą.



Klinika

Ydos sunkumą nulemia triburio vožtuvo vieta ir nesandarumo laipsnis. Kuo mažesnis vožtuvo nesandarumas ir kuo mažiau vožtuvas nusmukęs link dešiniojo skilvelio viršūnės, tuo geresnė būna vaiko būklė. Būdinga nežymus kūno melsvumas, nedaug padažnėjęs kvėpavimas, širdies užšysys.

Esant žemesnei vožtuvo padėčiai ir nesandarumui širdies nepakankamumo požymių, širdies ritmo sutrikimų gali atsirasti dar iki vaiko gimimo, nėštumo metu. Naujagimiui greitai po gimimo ryškėja kūno cianozė, kvėpavimo ir širdies nepakankamumo požymiai.

Visais amžiaus periodais reiškiasi įvairūs širdies ritmo sutrikimai (dažno širdies ritmo priepuoliai – supraventrikulinė paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas, sinkopės), gali ištikti staigi mirtis.

Gydymas

Besimptomės Eibsteino anomalijos gydyti nereikia, tik būtina riboti fizinį krūvį.

Operuojant stengiamasi atkurti triburio vožtuvo burių struktūrą. Prieširdžių pertvaros defektas užsiuvamas. Vaikai operuojami tiek kūdikystėje, tiek ir vyresniame amžiuje.

Prognozė

Vaiko prognozė priklauso nuo vožtuvo dislokacijos aukščio, širdies aritmijų pobūdžio. Chirurginis ydos gydymas yra sudėtingas. Operuoto vaiko fizinis aktyvumas ribojamas individualiai.

ĮGIMTOS ŠIRDIES YDOS IR RESPIRACINIO SINCITIJOS VIRUSO SUKELTA INFEKCIJA

Respiracinis sincitijaus virusas

Respiracinis sincitijaus virusas (RSV) sukelia apatinių kvėpavimo takų infekcines ligas, daugiausia – bronchiolitą ir pneumoniją (plaučių uždegimą). Jis itin pavojingas naujagimiams ir kūdikiams.

Respiracinis sincitijaus virusas priklauso paramiksovirusų šeimai (šios šeimos virusai sukelia daugiausia kvėpavimo takų ligas, taip pat kiaulytę ir tymus). Virusas turi apvalkalą ir vienos grandies ribonukleorūgštį (RNR). Genomas koduoja 10 baltymų, iš jų 2 (F ir G) – apvalkalo baltymai. G baltymas dalyvauja virusui prisijungiant prie šeimnininko ląstelės, F baltymas padeda virusui patekti į ląstelę ir per susidariusias tarpląstelines jungtis (sincitijus) skliti į kitas ląsteles.

Virusas nėra atsparus aplinkos veiksniams – patekęs į aplinką jis išgyvena tik kelias valandas. RSV gali būti randamas nosies išskyrose nuo pirmųjų ligos požymių atsiradimo iki 21 dienos. Sukelėjas plinta per kvėpavimo takų išskyras artimai bendraujant su sergančiuoju arba per užterštus paviršius, rankas (ant jų virusas išlieka apie 1 valandą, ant stetoskopų, kietų neporingų paviršių – iki 5-6 valandų).

RSV sukelia kvėpavimo takų ligas tiek vaikams, tiek suaugusiesiems, tačiau sunkiausiai serga kūdikiai ir vaikai iki 2 metų. Dėl didelio viruso paplitimo 50% vaikų užsikrečia RSV iki 1 metų amžiaus, iki 2 metų bent kartą per metus su šiuo virusu būna susidūrę apie 99% vaikų. 36% vaikų susergera RSV sukeliama liga net du kartus per metus. Didžiausias susirgimų dažnis yra nuo 6 savaičių iki 6 mėnesių vaikams.

RSV infekcijos sezoniskumas priklauso nuo regiono (šaltojo sezono trukmės). Dažniausiai šia infekcija sergama rudenį, žiemą ir pavasarį. Daugelyje pasaulio šalių didžiausias sergamumo pakilimas yra sausio, vasario ir kovo mėnesiais.

Inkubacinis laikotarpis (laikas nuo užsikrėtimo iki ligos klinikinių požymių atsiradimo) trunka 2–5 dienas. Ligos pradžioje vaikai karščiuoja, sloguoja, kosi, kai kuriems atsiranda švokštimas. 20–40% visų užsikrėtusių vaikų RSV pažeidžia apatinius kvėpavimo takus. Apie 90% iš šių vaikų serga bronchiolitu (bronchų smulkiausių šakelių – bronchiolių – uždegimu), apie 40% – plaučių uždegimu (bronchiolių ir alveolių uždegimu – pneumonija). [2]. Pagal ligoninėje gydomų ligonių skaičių RSV infekcija yra vienodai paplitusi stiprios ir silpnos ekonomikos šalyse. Dauguma ligoninėje gydomų vaikų yra jaunesni negu 6 mėnesių.

Didėjantis atliktų tyrimų kiekis rodo, kad yra stiprus ryšys tarp RSV infekcijos ir sergamumo lėtinėmis kvėpavimo takų ligomis (pasikartojančiu švokštimu, padidėjusiu kvėpavimo takų jaudrumu ir reaktyvumu, bronchų astma), kurios tęsiasi iki paauglystės ir jaunystės.



Skiriamos tam tikros vaikų rizikos grupės, į kurias patenkantys vaikai turi didesnę riziką sirgti sunkesne RSV sukeltamos ligos forma. Šioms grupėms priskiriami gimę neišnešioti vaikai, sergantieji lėtinėmis plaučių ligomis (bronchopulmonine displazija, cistine fibroze), Downo (liet. – Dauno) sindromu, įgimtomis širdies ydomis, nusilpusia imunine sistema ar įgimtu imunodeficitu. Didesnė rizika sirgti RSV infekcija yra kūdikiams, turintiems lankančių ugdymo įstaigas brolių ar seserų, būnantiems prirūkytose patalpose, augantiems blogos sanitarinės ir higieninės būklės aplinkoje, asocialiose šeimose.

Vokietijoje atliktu tyrimu nustatyta, kad apie 19% RSV infekcija sergančių rizikos grupės vaikų būtina dirbtinė plaučių ventilacija. Mažas gimimo svoris, neišnešiotumas lemia sunkesnio laipsnio kvėpavimo nepakankamumą ir plaučių mechaninės ventilacijos būtinybę. 16–20% neišnešiotų naujagimių RSV infekcija sukelia kvėpavimo sustojimą (apnėją). Taip pat manoma, kad respiracinis sincitinis virusas gali būti kūdikių staigios mirties viena priežasčių.

1 lentelė. Sunkios RSV infekcijos riziką ir sergamumą ja skatinantys veiksniai:

Sunkios eigos RSV infekcijos rizikos veiksniai	Sergamumą RSV infekcija skatinantys veiksniai
<ul style="list-style-type: none"> • Neišnešiotumas (gimęs <35 nėštumo savaitės) • Įgimta širdies yda • Lėtinė plaučių liga • Imunodeficitinė būklė • Cistinė fibrozė • Vyrliška lytis • Mažas gimimo svoris (<2500g) • Pasyvus rūkymas • Daugiavaisis nėštumas • Gimęs ~6 mėnesius prieš RSV sezoną • Motinos rūkymas nėštumo metu 	<ul style="list-style-type: none"> • Darželio lankymas • Du ar daugiau vaikų, miegantys viename kambaryje • Kiti mokyklinio amžiaus vaikai šeimoje • Daugiavaisis nėštumas • Motinos veiksniai – jaunesnė nei 25 metų, žemas išsilavinimas, bloga nėštumo (prenatalinė) priežiūra

RSV infekcija ir neišnešioti kūdikiai

- Dėl RSV infekcijos ligoninėje gydoma iki 10–15% neišnešiotų kūdikių (tai yra 3 kartus daugiau nei laiku gimusių)
- 30–38% šių ligonių gydoma intensyviosios terapijos skyriuose (ITS)
- 18% jų reikalinga dirbtinė plaučių ventilacija (DPV)
- Neišnešiotų kūdikių mirštamumas nuo RSV siekia 1–2%
- 70% naujagimių, gimusių iki 29 nėštumo savaitės, atsiranda bronchopulmoninė displazija (BPD) [3,4].

Gydymas ligoninėje dėl RSV sukelia labai didelį stresą vaikui, tėvams, globėjams ir šeimoms. Tyrimas JAV parodė, kad ligoninėje gydomų vaikų sveikata ir funkcinė būklė buvo žymiai prastesnė, negu atitinkamo amžiaus kontrolinės grupės vaikų. Globėjai pastebėjo, kad RSV sirgusių vaikų sveikata išlieka blogesnė dar iki 60 dienų po išrašymo iš ligoninės [5].

RSV poveikis ligoniams su įgimtomis širdies ydomis

Vaikams, sergantiems hemodinamiškai reikšmingomis įgimtomis širdies ydomis, yra 6–8 kartus didesnė rizika susirgti sunkia RSV infekcija nei kitiems vaikams. Atliktų tyrimų duomenimis, 33% vaikų su širdies ydomis, gydytų ligoninėje dėl RSV infekcijos, yra būtinas gydymas intensyvios terapijos skyriuje, 2,5–3,4% šių vaikų miršta dėl RSV infekcijos komplikacijų [6]. Ši ligonių grupė yra imlesnė ir hospitalinėms (ligoninėje įgytoms) infekcijoms, nes daugeliui šių ligonių dažnai reikalinga kartotinis ar ilgas gydymas ligoninėje. Nors pakartotino patekimo į ligoninę tikimybė dėl RSV yra didesnė pirmaisiais gyvenimo metais, ši rizika išlieka ir vaikams iki 2 metų, daugiausia tiems, kuriems yra komplikacijų dėl širdies ligos [7]. Ligoninėje užsikrėtus RSV, ligos eiga yra blogesnė vaikams su įgimtomis širdies ydomis, tarp jų vaikams, kurie užsikrečia prieš pat širdies operaciją ar iškart po jos. RSV infekcija gali nutolinti ar komplikuoti reikalingą chirurginį gydymą. RSV infekcija itin pavojinga vaikams su įgimta širdies yda, kuriems kartu yra ir plautinė hipertenzija [6,7].

Sergant respiracinio sincitijaus viruso infekcija padidėja plaučių kraujagyslių pasipriešinimas, dėl to padidėja dešiniojo skilvelio pokrūvis, formuojasi šuntas iš dešinės į kairę ir didėja deguonies trūkumas kraujyje. Vaikams, turintiems hemodinamiškai reikšmingą širdies ydą, sergant RSV infekcija dažniau vystosi kvėpavimo ir širdies nepakankamumas, būna sunkesnė pooperacinė eiga.

Sergantiesiems įgimtomis širdies ydomis yra didelė rizika, kad infekcija gali sutapti su numatyta širdies operacija. Jei širdies operacija atliekama pasireiškus RSV infekcijos požymiams, atsiranda labai didelė pooperacinių komplikacijų, ypač pooperacinės plautinės hipertenzijos, atsiradimo grėsmė. Komplikacijų rizika didesnė ir jos būna sunkesnės, jei operacija atliekama, kai RSV infekcija jau patvirtinta, lyginant su tais vaikais, kurie operuojami praėjus 6 savaitėms po RSV diagnozės patvirtinimo.

RSV profilaktika

Imuninis atsakas į RSV yra kompleksinis ir apima ląstelinį bei humoralinį imunitetą (antikūnus). Yra dvi RSV rūšys (A ir B), kurios gali sekti viena paskui kitą ir sukelti reinfekciją (pakartotinį užsikrėtimą), nes neutralizuojantys antikūnai, kurie veikia vieną rūšį, neveikia



kitos. Be to, reinfekcija gali atsirasti ir dėl to, kad infekcija nesukelia ilgalaikio imuninio atsako: 40–70% ikimokyklinio amžiaus ir apie 20% mokyklinio amžiaus vaikų, taip pat paauglių ir suaugusiųjų pakartotinai užsikrečia RSV.

Palivizumabas yra humanizuotas monokloninis anti-F glikoproteino antikūnas, pagamintas naudojant rekombinantinę DNR technologiją ir sudarytas iš 95% žmogaus ir 5% pelių antikūnų. Šis prevencinis preparatas susijungia su RSV per F baltymą ir veiksmingai neutralizuoja virusus, stabdydamas jų patekimą į ląstelę.

Įvairiose pasaulio šalyse atlikti klinikiniai tyrimai parodė, kad dėl imunizacijos labai sumažėjo neišnešiotų naujagimių, sergančiųjų bronchopulmonine displazija ir ligonių su įgimtomis širdies ydomis gydymas ligoninėje, bendras gydymo ligoninėje dienų skaičius, deguonies poreikis, intensyvios terapijos dienų skaičius ir dirbtinio ventiliavimo dienų skaičius. Šalutinių reiškinų dažnio skirtumų tarp tiriamosios ir placebo (neveiksminga medžiaga, panašia į tikrąjį vaistą) gydytos grupės vaikų nebuvo.

Placebu kontroliuojamame tyrime, kuriame dalyvavo 1287 ligoniai (639 gavo palivizumabą, 648 – placebo) su hemodinamiškai reikšminga įgimta širdies liga, gauti svarbūs tiriamosios medžiagos saugumą ir veiksmingumą įrodantys rezultatai. 5 mėnesius skirta 15 mg/kg palivizumabo dozė 45% (p=0,003) sumažino gydymo ligoninėje dėl RSV infekcijos dažnį [6]. Grupėse ligoniai su cianoze (ryškėsnis deguonies trūkumu kraujyje) ir be cianozės buvo proporcingai pasiskirstę. Gydymo ligoninėje dėl RSV infekcijos dažnis buvo 9,7% placebo grupėje ir 5,3% palivizumabo grupėje. Antriniai veiksmingumo rezultatai parodė, kad buvo patikimai mažesnis bendras gydymo ligoninėje dėl RSV dienų skaičius palivizumabo grupėje, lyginant su placebo grupe (mažiau 56%, p=0,003), taip pat mažesnis bendras dienų skaičius, kai reikėjo papildomo deguonies (mažiau 73%, p=0,014), skaičiuojant šimtui vaikų. Remiantis tyrimu buvo praplėstos palivizumabo skyrimo indikacijos (sąlygos, kada reikėtų skirti preparatą) ir imunizacija juo skirta ligoniams su hemodinamiškai ryškia įgimta širdies yda iki 24 mėnesių.

Bendros rekomendacijos RSV profilaktikai

RSV profilaktika skiriama:

- Vaikams, gimusiems 35-ąją nėštumo savaitę ar anksčiau, taip pat kuriems yra mažiau kaip 6 mėnesiai, kai prasideda RSV sezonas.
- Jaunesniems kaip 2 metų vaikams, kuriuos reikėjo gydyti dėl bronchopulmoninės dispazijos per pastaruosius 6 mėnesius.
- Jaunesniems kaip 2 metų vaikams, kuriems yra hemodinamiškai reikšminga įgimta širdies yda.[18].

Rizikos veiksniai:

1. Neurologiniai sutrikimai*
2. Downo sindromas
3. Cistinė fibrozė
4. Imuniteto deficitas
5. Broliai, seserys**
6. Socialinė padėtis***
7. Gimimo svoris < 1500 g
8. Daugiavaisis nėštumas
9. Rudens – žiemos sezonas (spalio mėnesio 1 d. – kovo mėnesio 31 d.)
10. Rūkytas vaiko aplinkoje

RSV profilaktikos rekomendacijos sergantiesiems įgimtomis širdies ligomis

Lietuvos vaikų kardiologų ir kardiachirurgų bendru susitarimu profilaktika palivizumabu Lietuvoje rekomenduojama šiems didelės rizikos ligoniams:

- jaunesniems nei 2 metų vaikams, sergantiems hemodinamiškai reikšminga mėlynąja arba nemėlynąja įgimta širdies yda:
 - kai kvėpuojant kambario oru deguonies įsotinimas deguonimi (SaO₂) yra mažiau 80%,
 - kai skiriamas gydymas dėl širdies nepakankamumo,
 - esant vidutinio sunkumo ar sunkiai plautinei hipertenzijai (kai plautinės arterijos spaudimas yra 40–50% sisteminio arterinio kraujospūdžio);
- vaikams, gydomiems dėl kardiomiopatijos;
- vaikams, kuriems nustatoma stazė plaučių venose;
- vaikams, laukiantiems invazinio širdies ištyrimo (širdies ertmių kateterizavimo) ar kitų tyrimų ligoninėje per RSV sezoną;
- vaikams, kuriems atlikta atvira širdies operacija per RSV sezoną:
 - pirmąsias 6 savaites po operacijos,
 - kol vaikas gauna gydymą vaistais, profilaktika tęsiama tol, kol yra hemodinamiškai reikšmingų liekamųjų reiškinų;
- vaikams, sergantiems širdies ligomis ir turintiems nusilpusį imunitetą.

* PVL (periventrikulinė leukomaliacija), ISK (intraskilvelinės kraujosruvos), smegenų insultai, galvos smegenų vandenė

** Ikimokyklinio ir mokyklinio amžiaus broliai ir seserys

*** Bloga socialinė ekonominė padėtis



Profilaktika gali būti rekomenduojama išimtiniais atvejais ir mažos rizikos pacientams, remiantis individualiu gydančio gydytojo sprendimu:

- vaikams su įgimta širdies yda (prieširdžių pertvaros defektu, mažu skilvelių pertvaros defektu, pulmonine stenoze, nekomplikuota aortos stenoze) be ryškių hemodinamikos sutrikimų (mėlynavimo, plautinės hipertenzijos ar širdies nepakankamumo);
- vaikams su širdies yda, kurie laukia širdies kateterinio ištyrimo ar gydomųjų tyrimų ligoninėje RSV infekcijos sezono metu;
- vaikams su operuota įgimta širdies yda be liekamųjų defektų;
- vaikams su vidutinio laipsnio kardiomiopatija, kuriems nereikia gydymo vaistais.

Pastabos

Kadangi dauguma įgimtomis širdies ydomis sergančių vaikų yra operuojami pirmaisiais gyvenimo metais, labiausiai veiksminga yra profilaktika, taikoma iki 1 metų amžiaus. Tačiau RSV profilaktika gali būti tęsiama ir antraisiais metais, jei yra ankščiau minėtos būklės.

Profilaktika palivizumabu neturėtų būti atidėta dėl numatomos operacijos ar invazinės diagnostinės procedūros.

Kadangi po chirurginių procedūrų, kurias atliekant taikoma dirbtinė kraujo apytaka, palivizumabo koncentracija serume sumažėja, vaiko būklei stabilizavusis, turi būti skirta pooperacinė palivizumabo dozė (15 mg/kg).

Pooperacinės profilaktikos strategija turi būti nustatyta dar prieš operaciją. Ji skiriama sezono pabaigoje arba sekančio sezono pradžioje.

Palivizumabas atsargiai skiriamas tiems ligoniams, kurie gauna gydymą antikoaguliantais (aspirinu ar varfarinu).

Palivizumabo profilaktika neskiriama ligoniams, kurių hemodinamika nestabili arba yra su infekcija susijusi koagulopatija (krešėjimo sutrikimas).

Tėvų ir šeimos mokymas

Šeimos ir tėvų švietimas yra labai svarbus, kad būtų išvengta infekcijos. Būtina:

- vengti aplinkybių, kuriomis galima užsikrėsti RSV (vaikų kolektyvo, minios);
- nerūkyti;
- plauti rankas ir griežtai laikytis higienos, ypač didesnės rizikos laikotarpiu;
- plauti žaislus, maitinimo buteliukus ir kitus su vaiko liečiamus daiktus;
- vengti tiesioginio kontakto su vyresniais vaikais.

Bendrosios priemonės (infekcijos kontrolė)

Ligoninėse turi būti didinamas sveikatos priežiūros specialistų supratimas apie riziką ir higienos svarbą, kuris gali padėti kontroliuoti infekcijos plitimą:

- ankstyva diagnozė;
- rankų plovimas, chalātų ir kaukių naudojimas;
- slaugančiųjų ir ligonių pergrupavimas;
- draudimas lankyti ir lankymo valandų nustatymas prasidėjus sergamumo pakilimui.

Medicinos personalo svarba RSV profilaktikai:

- išaiškinti ir izoliuoti RSV užsikrėtusius vaikus,
- griežtai laikytis infekcijos kontrolės,
- pirmąją palivizumab dozę skirti prieš išrašant iš ligoninės,
- mokyti šeimas apie RSV infekciją,
- registruoti naujus susirgimus RSV infekcija,
- sudaryti kitų apsilankymų skiepijimui (imunizavimui) grafiką,
- kviesti tinkamus ligonius profilaktikai,
- nustatyti sekančios injekcijos laiką ir vietą.

Palivizumabo rekomenduojama dozė

Rekomenduojama palivizumabo dozė skiriama vieną kartą per mėnesį tuo metu, kai labiausiai padidėjusi rizika susirgti RSV infekcija. Jei įmanoma, pirmąją dozę reikėtų skirti prieš RSV infekcijos laikotarpio pradžią, kitas dozes – kas mėnesį per visą šį laikotarpį. Dozė skaičiuojama pagal esamą vaiko kūno masę. Kiekviena palivizumabo dozė turi būti perskaičiuojama kiekvieno apsilankymo metu, pagal tuo metu esančią vaiko kūno masę (15 mg/kg). Injekcijos skiriamos RSV infekcijos sezono metu (nuo spalio mėn.) kas 25–30 dienų. Iš viso skiriamos 5 dozės. Imunoprofilaktika palivizumabu nekeičia įprastinio privalomųjų skiepų grafiko.

Kartotinio gydymo ligoninėje rizikai sumažinti rekomenduojama palivizumabą vartojančiam vaikui, kuris hospitalizuojamas dėl RSV infekcijos, pasveikus toliau kas mėnesį skirti palivizumabą per visą RSV infekcijos sezoną.

Vaikams, kuriems atliekama širdies operacija taikant dirbtinę kraujotaką, rekomenduojama 15 mg/kg kūno masės palivizumabo injekciją skirti kuo greičiau po operacijos, kai tik stabilizuojama būklė, kad susidarytų veiksminga šio preparato koncentracija kraujo serume.



TĖVŲ ISTORIJS

Mūsų Faustutė

Vieną audringą spalio naktį pasaulį išvydo mūsų labai laukta pirmagimė. Skraidėme pa-debesiais ir negalėjome atsidžiaugti savo naujuoju stebuklu.

Mergaitė gimė stipri, tik gydytojai įtarė, kad jai gali būti klubo sąnario išvarža. Diagnozė pasitvirtino. Kaip mes išgyvenome, verkėme ir sielojomės...

Pirmasis Faustutės pusmetis praėjo sklandžiai: svoris augo palengva, bet kadangi būti-nai norėjau maitinti pati, niekas nekreipė dėmesio į mažą svorį. Kaip ir visi tėveliai, dukrytę reguliariai apžiūrėdavo vaikų neurologė, kardiologė, ortopedas (dėl klubo sąnario išvaržos).

Kardiologė pakartotinę apžiūrą buvo paskyrusi kai Faustutei sukaks pusė metų. Pame-nu, net nesulaukę pusmečio, apsilankėme pas gydytoją. Buvome girdėję apie širdies užesėlius, kuriuos dažniausiai visi vaikai išauga.

„Nesandarūs mitraliniai vožtuvai“, – išgirdau gydytojos vertinimą. Tolesni jos žodžiai buvo lyg perkūnas iš giedro dangaus – reikalinga operacija.

Kaip? Kodėl? Iš kur? Kodėl mums? Iš pradžių nebuvo ašarų. Slapta tikėjome, kad čia kažkoks nesuspėjimas, klaida. Raminome save, kad nuvažiuosime į Vilnių ir ten tikrai neris jokio vožtuvo nesandarumo, o mes laimingi grįšime namo. Deja, Vilniaus gydytojai tik patvir-tino diagnozę.

Jie braižė širdelės schemą, rodė, kur mūsų mergytės silpnoji vieta. O mes vis kabinomės lyg už šiaudo: ar tikrai, gal ne, kaip taip gali būti, ar tikrai reikalinga operacija?

Pamenu, kad mane nuramino gydytojos žodžiai: „Jei mano šeimoje taip atsitiktų, aš da-ryčiau tą patį – operaciją. Visa tai tam, kad vaikas toliau galėtų gyventi visavertį gyvenimą.“

Operacija praėjo sėkmingai, liko pirmo antro laipsnio vožtuvo nesandarumas. Iš pradžių jaudinomės – ar dukrytei neskauda širdelės, klausėme, ką ji gali daryti, ko negali. Galiausiai pa-matėme, kad iš tiesų galime gyventi normalų gyvenimą. Galime dūkti, šėlti, keliauti, skraidyti.

Šiais metais Faustutė pradėjo lankyti pirmą klasę. Ji lanko gausybę būrelių ir dar panoro mokytis šokti. Sukome galvas, ar nebus mūsų dukrelės širdukei per didelis krūvis, juk žinome, kad sporto čempione jai nelemta tapti. Bet vis prisimenu gydytojos žodžius, kad po operaci-jos mūsų vaikas galės gyventi visavertį gyvenimą.

Ir mes tuo tikim. Todėl Faustutė patenkinta šoka su kitais vaikais. Be abejo, esame įspėję visus mokytojus apie dukrytės širdies ydą.

O ateitis? Ji bauginanti. Gydytojai neprognozuoja ir nebūria ateities. Žinome, kad gali prireikti pakartotinės operacijos ar dirbtinio širdies vožtuvo. Bet labai labai norime tikėti, kad lemtis bus mums gailėstinga...

Dalia Želvytė-Mockienė

Akvilės istorija

Pastojimas mums buvo Kalėdų dovana. Tai buvo netikėta ir nepaprastai džiugi žinia. Jautėmės laimingi, kad turėsime vaikėlį.

Nėštumas praėjo neblogai. Visi stebėjo mane kaip tiksnią bombą.

Akvilė gimė lengvai ir greitai. Buvo 51 cm ūgio ir 2,770 kg svorio. Gydytoja sakė, kad sveika.

Nerimą kėlė mažylės dažnas atpylinėjimas. Ji atpylinėjo ir per nosytę, ir per burnytę, springo. Nuėjau pas gydytoją. Nuramino, kad tai normalu ir taip turi būti. Pagalvojau: – Na, gal ir taip.

Grįžome namo. Atrodė, kad ir atpylinėja mažiau. Ramiai laukėm gydytojos vizito. Ji mus aplankė po savaitės. Apžiūrėjusi paklausė, ar gimdymo namuose nieko nesakė apie širdies užesį. Niekas nieko nebuvo sakęs, todėl į polikliniką išsiruošėme, kai dukrelei suėjo mėnuo.

Man tas širdies užesys nepatinka, – išgirdau gydytojos vertinimą. Nusiu-nė užrašyti kardiogramą. Ją įvertinusi gydytoja pasakė, kad ji ne specialistė, bet mato negerumus, todėl būtina kardiologo konsultacija. Kardiologė po apžiū-ros nustatė, kad būtina širdies echoskopija ir kardiochirurgo konsultacija. Mums, namiškiams, mergytė atrodė sveika ir niekas nieko neįprasto nepastebėjo. Akvilė gerai valgė, buvo judri, jau bandė sėstis.

Atėjo echoskopijos laikas. Echoskopiją atlikęs gydytojas paaiškino, kad per vienas krau-jagysles kraujas teka per greitai, per kitas – per lėtai. Vienur yra ovalinė anga, kitur jos nėra. Ir būtina kardiochirurgo konsultacija. Paklausiau apie operaciją. Aiškaus atsakymo nebuvo – gal reikės, gal ne. Kardiochirurgas jau prasitarė, kad operuoti būtų geriausia kuo greičiau, bet nesakė, kad skubiai. Po tokių žodžių labai laukėme kitos konsultacijos. Tai buvo tik neramių dienų pradžia.

Per kitą kardiochirurgo konsultaciją užteko Akviliukę tik nurengti. Matau, kad čia kaž-kur yra labai negerai, – buvo pirmieji gydytojos žodžiai. Pakartojo echoskopiją ir nusiuntė pas kitus specialistus.

Nenorėjau nieko girdėti apie jokias operacijas, juk mano dukrytė dar tokia mažutė. Gal-vojau, kad niekam neduosiu jos draskyti. Su tokiomis mintimis nuėjome pas kardiochirurgus.

Ir vėl apžiūra, ir vėl žemę iš po kojų išmušantys žodžiai – operacija būtina ir skubi. Taip gydytojai kalbėjo tarpusavy, tarsi manęs ten ir nebūtų.

Liepė palaukti koridoriuje. Ašarų nebesulaikiau, žliumbiau. Akviliukei, mūsų mažajam angeliukui, kažkas blogai ir reikės skubiai operuoti. Man niekas nepaaiškino, kas yra. Atrodė, kad visi kaip susitarę tyli. Gydytojų verdiktas pribloškė – Akviliukė gali nebeišgyventi net sa-vaitės. Reikia skubiai operuoti, nes jos širdutė pavargusi ir nusilpusi. Laukti nebegalima. Atva-žiavome dar laiku.

Būdama palatoje dėl savo mažylės ligos kaltinau tik save. Galvojau, kad Dievas taip bau-džia mane. Tik nesupratau, už ką Akvilė turi taip kentėti. Ligoninėje pamačiau, kad mes ne vienos tokios, mūsų daug.

Už patarimus ir palaikymą labai ačiū Daivai ir jos mažylei Teresėlei. Pabendravusi su jomis, suėmiau save į rankas ir tariau: – Mes taip pat nepasiduosime ir būsime stiprios!

Mama Gintarė

Alinos istorija

Dukrytė gimė 2002 metų spalio 19 dieną. Gimdymas vyko sklandžiai. Mergaitės svoris buvo 4,060 kg, ūgis – 55 cm. Po bendros apžiūros pediatrė pasakė, kad viskas gerai ir po kelių dienų mes išvykome namo.

Viskas prasidėjo nuo to, kai mažutė pradėjo springti valgydama. Ji suvalgydavo mažiau normos. Nuėjusios pas mūsų gydytoją eilinei apžiūrai, dėl širdutės užesiuko gavom siuntimą kardiologės konsultacijai.



Prasidėjo košmaras... Diagnozė – daugybinis PPD, 11 mm ir 9 mm, hemodinamiškai reikšmingai ir labai padidėjusi širdutė. Gydymas – tik operacija. Žemė slydo iš po kojų... Kodėl? Už ką? Iš kur? Kaip? Jokių kitų minčių, tik begalinis skausmas...

Kas tris mėnesius lankėmės Santariškėse pas kardiologę ir kiekvieną kartą girdėdavom – operacija būtina. Per tą laiką mes išmokome džiaugtis kiekviena diena ir supratome, kokie svarbūs esame vieni kitiems. Dukrytę operavo dvejų metų. Operacija truko apie 5 valandas. Ačiū Dievui ir gydytojams, viskas praėjo gerai.

Kardiologo žodžiai po operacijos pribloškė – dar mėnuo, ir vaikas būtų įtrauktas į recipientų sąrašą. Tai reiškė, kad mums būtų tekę laukti donoro. Alinos širdutė buvo labai padidėjusi. Supratome, kad buvome atsidūrę ant bedugnės krašto.

Dabar mūsų mergaitė aštuoneri. Jos augimas ir vystymasis visiškai neatsilieka nuo bendraamžių – ji žaidžia, bėgioja.

Mamytės, turinčios tokius vaikučius, mokėkite džiaugtis kiekviena diena, kiekviena smulkmena ir akimirka, praleista kartu su savo brangenybe!

Mes labai dėkingi kardiologams V. Lebetkevičiui ir V. Taručiiui, kardiologėms R. Sudikienei ir A. Bartkevičienei, anesteziologei bei visam reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriaus personalui, pediatrei M. Zagorskienei už rūpestį, šilumą, profesionalumą, pastangas ir palaikymą!!!

Mama Julija

Renačiuko širdis

Būdama šeštą mėnesį nėščia sužinojau, kad vaikas gims su širdies problema. Renatas gimė 8 nėštumo mėnesį su įgimta širdies yda, vadinama restrikcine kardiomiopatija. Tai tokia yda, kuriai esant sustorėja širdies raumuo, pablogėja susitraukimo funkcija, raumenimis apauga širdies skilvelio ertmės, todėl širdelė negali pumpuoti kraujo į organizmą.

Vienintelė galimybė išgyventi – širdies persodinimas...

Negalėjau tuo patikėti. Man buvo labai sunku apie tai galvoti. Jaučiausi taip, tarsi būčiau kokiam baidiniam košmare. Aišku buvo viena – skubiai reikalinga širdies persodinimo operacija. Ir skubiai reikalingas širdies donoras... Kol bus surastas donoras, vaikas turės būti prijungtas prie tam tikrų aparatų. Ejo mėnesiai, o donoro vis nebuvo.

Vieną dieną mane pasikvietė pasikalbėti profesorius. Jis stengėsi nuteikti tam, kad Renato galimybės išgyventi yra labai menkos ir, jei artimiausiu laiku neatsirastų donoro, mano sūnus gali mirti.

Ar įmanoma susitaikyti su tokia žinia? Negalėjau ir nenorėjau tikėti, kad galiu netekti sūnaus. Tuo metu mano tikėjimas buvo stiprus kaip niekada. Ryte, dieną ir vakare aš meldžiaus Dievo, kad Renatas nemirtų. Taip praslinko šeši ilgi nežinios ir vilties mėnesiai.

Viltis. 2008 rugpjūčio 4 dienos vėl vakarą sulaukiau iš medikų nuostabios žinios, kad mano sūnui atsirado donoras. Mane ramino, kad paprastai mažamečiai vaikai nemiršta, arba



tai įvyksta labai labai retai. Mūsų šansai buvo ypač nedideli. Dar turėjo tikti ir donoras... Renatą galėjo išgelbėti tik stebuklas.

Žodžiais nenusakoma pagarba ir dėkingumas tai šeimai, kuri ryžosi palengvinti nepažįstamų žmonių kančią, išgelbėti gyvybę ir pakeisti likimą. Tačiau išgirdus šią puikią žinią mane vėl ištiko šokas. Ar mano mažasis sūnelis atlaikys šią operaciją? Visą naktį praverkiau. Ryte su sūnumi išskubėjau į ligoninę. Po atliktų tyrimų paaiškėjo, kad donoras tinkamas. Medikams reikėjo mano sutikimo atlikti transplantaciją. Labai bijojau operacijos. Pasimetusi dar kartą paklausiau medikų, ar tikrai nėra galimybių išvengti operacijos. Tik išgirdusi atsakymą, kad tai vienintelis šansas, sutikau.

Širdies persodinimo operacija truko tris valandas.

Kol vyko operacija, nežinojau kur dėtis. Buvo labai sunku laukti. Po operacijos daktaras V. Lebetkevičius pranešė, kad viskas pavyko. Mane vis tiek purtė ir kratė nuo to baimės jausmo.

Dabar mes kol kas namuose. Augame ir svajojame apie laimingą mudviejų ateitį. Ir aš nenoriu viso to prisiminti. Bet noriu patarti kitoms mamoms, kurios turi panašių problemų, kad jos nepalūžtų ir visada visada tikėtų... Renatui jau trys su puse metų. Renatas yra bendraujantis, aktyvus ir linksmas berniukas. Gailla, kad negalime lankyti darželio. Turime saugotis įvairių infekcijų bei virusų. Stengiamės darželį pakeisti įvairiomis kitomis pramogomis.

Esame labai dėkingi donorui ir gydytojams. Džiaugiamės galėdami gyventi toliau. Dėkojame Vaiko širdies asociacijai už nuolatinę finansinę pagalbą, kuri padeda man vienai auginti sūnelį. Esame laimingi žinodami, kad aplink yra gerų žmonių, kurie mums padeda ir palaiko.

Renato Mama

Kažkas iš aukštai mus saugo

„Daugelis žmonių tiki, kad jų sielai padeda Angelas sargas. Jei tikite savo Angelu sargu, tai labai gerai. Vadinas jis egzistuoja. Jūs galvotė apie jį, tikėtės jo pagalbos, esate jam dėkingi, ir šios mintys paverčia jį realiu, galite neabejoti.“ (www.injan.com)

Labai norėjau tapti mama, nes visa savo širdimi jaučiau, kad aš būsiu geriausia mama savo vaikučiui.

Jau nuo pat pirmųjų nėštumo dienų pradėjau jaustis blogai. Mane nuolat pykino, vėmiau, blogai miegodavau ir jausdavaisi visiškai išsekusi. Į visa tai nekrepčiau dėmesio, sukandusi dantis dirbau po 12 valandų per parą.

Kovo 8 dieną prasidėjo gimdymas. Klaipėdoje trūko tam tikros aparatūros, todėl Greitoji pagalba išvežė mane į Kauną. Kovo 9 gimė gražus berniukas. Gimė mūsų Erikas Gabrieliūs.

Palatoje pralaukiau beveik valandą, kol atėjo gydytoja. Ji pasakė, kad mano mažylis intensyvios priežiūros palatoje. „Stebime būklę. Vaikas gimė su labai silpna širdute. Bet kada galime išsiųsti jį į Santariškes operacijai“, – paaiškino gydytoja. Šitokiai naujienai tikrai nebuvau pasiruošusi.





Ašaros. Baimė. Savęs ir vyro klausiau – ką mes padarėme ne taip? Už ką šitaip? Vakare atsigulsi palatoje verkiau, bet pirmą kartą gyvenime pajutau, kad mus kažkas saugo. Apėmė jausmas lyg nematomos rankos mane būtų apkabinusios. Vidinis balsas ramino – nebijok, viskas bus gerai. Už mus meldėsi visi mūsų giminaičiai, net iš tolimiausių šalių. Todėl net tokioje neaiškioje ir beviltiškoje padėtyje jaučiausi saugoma ir globojama. Ir aš kaip niekada širdyje jaučiau, kad viskas turi būti gerai. Mintyse šaukiau visus šventuosius pas savo mažyliuką. Prašiau, kad saugotų jį. Ir mus saugojo.

Iš Kauno gimdymo namų išvažiavome su Fallot tetrados diagnoze: aorta „jojanti“, antrinis membrininis skilvelių pertvaros defektas, I-II laipsnio triburio vožtuvo nesandarumas ir dar daugybė defektų. Namuose kantriai laukėme operacijos, vaikutis gėrė vaistus ir kas mėnesį važinėjomės iš Klaipėdos į Vilnių.

Lapkričio 6 dieną, kaip buvo planuota, mano mažukas buvo išvežtas į operacinę. Kamaivo didžiulė baimė. Buvau tik aš, mano mintys ir Dievas. Jis mus saugojo.

Viskas pavyko puikiai. Po trijų parų kančių mano Erikas Gabrieliuss grįžo į palatą. Ir dar po savaitės buvome išleisti į namučius.

Esu be galo dėkinga nuostabiems gydytojams K. Lankučiu ir V. Lebetkevičiui. Jie – tai mūsų mažųjų atžalėlių širdučių angelai sargai. Kažkas yra pasakęs: „Mes, gydytojai, esame tik Dievo instrumentai šioje Žemėje, o žaizdas gydo tik Tikėjimas ir Meilė“.

Aušra Dockeyviūtė

Tikėkite stebuklais...

Šiandien mano dukrelė gali džiaugtis dovanotu gyvenimu, gėrėtis gamta, važinėti dviračiu, bendrauti su artimaisiais, klasės draugais, mokytis. O viso to galėjo ir nebūti.

Inga susirgo 2005 gruodžio mėnesį. Buvo dažnos virusinės infekcijos, karščiavimas, vargino kosulys, atsirado silpnumas, nuovargis, pradėjo netoleruoti maisto. Pagaliau Plungės rajono Šateikių kaimo pediatras nusprendė Ingą paguldyti į ligoninę. Padarė rentgeno nuotrauką ir pamatė, kad išsiplėtusi širdis, išsiuntė į Klaipėdą. Iš ten medikai pervežė į Vilnių.

Diagnozė buvo netikėta: dilatacinė kardiomiopatija, plautinė hipertenzija. Konsiliumas nusprendė, kad širdies persodinimo galimybė yra labai abejotina.

Skyrė plaučių arterijos hipertenzijos gydymą bozantanu tikėdami, kad sumažės plaučių kraujagyslių spaudimas. Tik tuomet galima persodinti širdį. Grįžome namo. Būklei pablogėjus atsigulėmeį Klaipėdos vaikų ligoninę.

Kasdien buvo blogiau. Vaistai nepadėjo, kaupėsi skysčiai, Inga nebevaikščiojo, reikėjo deguonies. Skausmus malšino morfijumi. Buvome praradę viltį, kad mūsų dukra gyvens. Ingos auklėtojos dėka, jos padrašinimu paskambinome Vilniaus medikams. Jie liepė atvažiuoti.



Gydytojų konsiliumas nutarė prijungti dirbtinį skilvelį – dirbtinę širdį. Trečią dieną po prijungimo ištiko traukuliai ir Inga prarado sąmonę. Pakilo temperatūra. Po savaitės dėl sunkios būklės kilo sepsis, gelta, atsirado didelių pragulų. Net Vilniaus gydytojai buvo praradę viltį. Tačiau po 69 parų būklei pagerėjus, Ingą iš Intensyvios terapijos skyriaus perkėlė į terapinį skyrių. Ten buvo pradėtas reabilitacinis gydymas, masažas, mankšta, kojų lankstymas. Ingutė mokėsi pažinti artimuosius, vaikščioti, logopedės padedama pradėjo rašyti, per didelį vargą ir Ingos kančią po truputį grįžome į normalesnį gyvenimą.

Po pusės metų pačios pasiprašė namo ir laukėme donoro. 2008 metais prasidėjo širdies ritmo sutrikimai. Donoro reikėjo skubiai. Laukėme ilgai, bet donoras atsirado. Buvo atlikta širdies transplantacija. Vėliau dar ne kartą būklė pablogėdavo ir pagerėdavo, gydymas truko ilgai, Inga buvo nuolatinėje gydytojų priežiūroje. Dabar jos būklė patenkinama. Esame labai dėkingi Santariškių medikams ir donoro artimiesiems už išgelbėtą mūsų dukters gyvybę.

Susirgus artimam žmogui, niekada nereikia susitaikyti, kažko laukti ar prarasti viltį. Būtinai išbandyti visas galimybes. Ir niekad neprarasti tikėjimo Dievu.

Ilona Kripienė

Ugnytės likimo išbandymai

Metus ir aštuonis mėnesius gyvenome nuostabų, pilną vaikiškų potyrių ir džiaugsmų gyvenimą. Ir staiga, 2010 metų spalio 21 dieną, kaip perkūnas iš giedro dangaus nukritusi diagnozė apvertė visą mūsų gyvenimą aukštyn kojomis. Dukrytei Ugnei nustatyta širdies yda – plautinė hipertenzija, II laipsnio PPD, triburio vožtuvo nesandarumas, širdies nepakankamumas, lėtinė hipoksemija. Išgirdę diagnozę, mes su vyru pasijutome tarytum mus kažkas smaugtų, negalėjom pratarti ne žodžio, o ašaros bėgo upeliu. Tik mintyse klausiau: „Dieve, kodėl, už ką mums taip?... Juk mes Tau jau vieną savo kūdikį paaukojom“ (trečią vaikėlį buvome palaidoję vos prieš 4 mėnesius). „Už ką mus taip baudi?“ Kojos linko per kelius, o kūnas pats ėmė kratytis. Bet pasižiūrėjus į reanimacijos palatoje gulinčią bejėgę dukrytę, kuri buvo prijungta prie įvairiausių aparatų ir šlangelių, prisiečiau sau, kad aš būsiu stipri, kovosiu su vėjo malūnais, paaukosiu visą save, bet mūsų mažylė GYVENS. Mūsų tikėjimo, maldų, kurios truko kiaušas naktis ir nuostabiausių gydytojų dėka išplėsių ją iš mirties gniaužtų, mūsų mažasis angeliukas turi galimybę džiaugtis nors ir daug sunkesniu, bet vaikišku ir spalvotu gyvenimu. Begalinis AČIŪ gydytojai Ritai Sudikienei už galimybę toliau pažinti gyvenimo džiaugsmą. Už tai, kad galime gėrėtis Ugnytės piešiniais, jos įsakinėjimais ir kiekviena nors ir kartais labai labai sunkia akimirka, bet kartu su Ja... Tėveliai, tikėkite ir galbūt gyvenimas vėl jumis patikės...



Indrė Zagorskienė



Tikėjimas

Nėštumas buvo sklandus, nuolat buvau gydytojų priežiūroje, lankiausi pas genetikus, o prieš pat gimdymą liginėje gydytojai mane net drąsino, sakydami kad skyriuje gims čempionas, bus labai stiprus vaikas. Iki gimimo vaikui nerinkome vardo. Žinojome tik, kad į pasaulį ateina mergytė. Niekas nė neįtarė, kad per keletą valandų gali visiškai pasikeisti įprastas ir ramus gyvenimas. Netikėtai. Be perspėjimo. Be pasiruošimo. Nė nenumaniau, kad gimus kūdikiui staiga gėlės praras spalvas ir kad žemė atsivers po kojom.

Praėjo maždaug 7 valandos po gimdymo, kai aš sužinojau apie ką tik gimusios dukters sunkią ligą ir kritišką jos būklę. Ji gimė su įgimta širdies yda – Fallot tetrada su kritine plaučių arterijos stenoze, plaučių arterijos šakų hipoplazija, aortos lanko šakų atsišakojimo anomalija, skilvelių pertvaros defektu, atviru arteriniu latakų, kritine hipoksemija... Būklė buvo tokia kritiška, kad gydytojai vilties nebedavė. Net nebebuvo jokios prasmės galvoti apie vardą...

Atėjusi gydytoja pirmąkart apžiūrėti naujagimę iškart įtarė kažką negera, nes mergaitė buvo melsva. Staiga sugriebusi mano vaiką ji išbėgo iš palatos, sakydama kad tuoj sugrįš. Tarsi vagystė vidury baltos dienos... Tą akimirką nespėjau susigaudyti, nieko nespėjau suprast, bet tikėjau, kad viskas bus gerai. Netrukus į palatą įėjusi slaugytoja paklausė, ar mano vaikelis yra tas, kuris prie mirties, su įgimta širdies yda? Skubėdama liepė man pasirašyti sutikimą operacijai, nes dukrą būtina vežti į VUL Santariškių klinikas. Ten jos jau lauks širdies chirurgai, kardiologai. Matėsi, kad moteris labai skubėjo ir jaudinosi. Pirmoji mano reakcija buvo neigimas. Absoliutus įsitikinimas, kad ji kažką supainiojo. Aš jai pasakiau, kad mano mergaitę gydytoja tuoj parneš ir kad ji, slaugytoja, galbūt suklydo ir įėjo ne į tą palatą. „Mano mergaitė sveika, mes visą naktį praleidome kartu, aš ją jau porą kartų maitinau. Tai trečias vaikas mūsų šeimoje ir aš suprantu, žinau, kad ji normali, sveika ir kaip jūs galite kalbėti apie mirtį?“ – taip sakydama aš buvau tikra, jog moteris apsiriko. Tačiau ji neklydo. Mano mažylę žaibišku greičiu išvežė į sostinę. Niekas neleido man važiuoti kartu, nes gimdyvė pirmąją parą privalo būti gimdymo namuose. Net nespėjau jos pabučiuoti ir atsiveikinti. Kaip gali išvežti mano vaiką vieną? Be manęs? Kas gali man padėti? Kas gali padėti bejėgiui mano kūdikiui? Kaip reikės gyventi toliau? Tarsi pavogė man ją iš gyvenimo. Kažkokia neteisybė. Spengianti tylą. Beprasmybė. Aš nieko negaliu padaryti, niekuo nebegaliu jai padėti. Nuo mano niekas nepriklauso. Tuščia vaikiška lovelė palatoje tuo metu labai daug ką man sakė...

Iki šiol sunku prisiminti, ką reikėjo iškentėti vaikui, ką patys kartu su ja kentėjome ir kiek pastangų įdėjo medikai, kurių dėka mes turime savo mažytę Romą Teresę.

Mano mergaitėi jau trys su puse metų, yra atliktos keturios labai sudėtingos širdies operacijos, trys zondavimai, netrukus zonduos dar kartą. Operavo ją pirmąją gyvenimo parą, antrąją parą zondavo, abu kartus – nesėkmingai, po dviejų savaitių vėl buvo atlikta širdies operacija, septynių mėnesių – trečia... Ir ateityje mūsų dar laukia labai sunkūs išbandymai. Žinau, kad be operacijų dukrelė neužaug.



Bet šiandien aš jau galiu padrąsinti kitus. Dabar aš jau žinau, kad VUL Santariškių klinikoje vyksta stebuklai, kad čia vaikams dovanojamas gyvenimas. Dar žinau, kad niekada niekada nebeprarasiu vilties. Ir dalinsiuos ta viltimi su kitais.

Begalinė ir beribė padėka medikams už tai, kad mūsų vaikų širdys plaka kaip nauji laikrodukai.

Daiva Jonauskienė

1,5 metų džiaugsmo ir liūdesio 2007 02 17 – 2008 08 13

Išaušęs rytas buvo saulėtas ir gražus. Namuose sumaištis. Ryte pajutau, kaip pradėjo belstis nauja gyvybė. Mūsų rajono medikai išsiuntė mane gimdyti į Kauno universitetines klinikas (vėliau aš jiems dėkosi už tokį sprendimą). Visa gimdymo eiga buvo natūrali. Džiaugiausi geru akušeriu, gražia ir patogia gimdykla. Grojo muzika, kvėpėjo kava ir mano skausmai buvo ne tokie jau baisūs. Šalia buvęs mano vyras jaudinosi daugiau nei aš. Gydytojas pasiūlė jam važiuoti namo, sakydamas, kad mes pagimdysim vis tiek. Taip ir buvo. Gimė dukrytė – coliučkė. 49 cm ūgio ir 2,700 kg svorio. Ji buvo mano mažoji princesė. Ryte sulaukėme lankytojų. Atvažiavo brolis aplankyti savo mažosios sesės, tėtis ir dar keletas giminaičių. Džiaugėmės nauju stebuklu, atėjusiu į šį pasaulį.



Tą patį vakarą mano mažytei pasidarė bloga. Ji nevalgė, pradėjo pilkėti. Iškviesta seselė tą pačią minutę nunešė ją apžiūrai, o iš ten – tiesiai į Reanimacijos skyrių. Tai buvo viena baisiausių mano naktų. Nežinia, baimė jos netekti. Saviškiams paskambinau vėlai vakare ir pranešiau žinią, kuri visus pribloškė. Ryte išgirdau diagnozę – įgimta širdies yda.

Iš kur? Kaip? Kas tai? Niekada nebuvo susidūrusi su tokiais žodžiais, kuriuos išgirdau tąkart. Po tokios diagnozės mano mergytę išvežė reanimobiliu į Santariškes. Ten buvo nustatyta tiksli diagnozė – kairės širdies hipoplazijos sindromas. Žemė slydo iš po kojų. Buvo baisu. Nežinia, kas bus, stūmė į dar didesnę neviltį. Kol reanimatologai gelbėjo jos gyvybę, mes dukrytę pakrikštijome tiesiog reanimacijoje. Pavadinom ją Vilte (tik po kurio laiko sužinojau, kad ji atsinešė tą vardą). Viltę operuojantys gydytojai daug vilčių neteikė. Operacija praėjo sklandžiai. Viltis atsirado, nors menka. Po kelių parų buvo kritinis laikas, kai Viltės plaučiai pradėjo pūstis ir nebeliko vietos širdutei. Chirurgai vėl atvėrė jos krūtines ląstą ir paliko pravirą. Taip ji kankinosi kelias savaites. Trūkinėjo jos plaučiai – tai vienas, tai kitas. Ji buvo tarsi ant lyno ir galėjo paslysti į bet kurią pusę. Po daugiau kaip trijų savaitių Viltė grįžo pas mane į palatą. Tai buvo vaikas, dėl kurio gydytojai ištvėrė nemažai galvos skausmo. Viltei buvo mėnuo, kai jai nuo intubacinių vamzdelių susiaurėjo trachėja. Ir vėl ji atsidūrė reanimacijoje, buvo intubuota. Ryte gydytojai nematė kitos išeities kaip statyti į trachėją vamzdelį, pro kurį ji galėtų kvėpuoti. Vėl nerimas, ašaros. Bet nuo to juk nepabėgsi. Susitaikai ir gyvenki toliau. Išmokau ir pati pakeisti vamzdelį. Po mėnesio chirurgai pastebėjo, kad ji pati gali kvėpuoti ir vamzdelį ištraukė (lyg buvo nušvitusi viltis grįžti namo). Pirmą



kartą namo grįžome, kai Viltei buvo 3 mėnesiai. Bet ar ilgam... Po mėnesio vėl atsidūrėme vietinėje ligoninėje, iš kur išsiuntė į KMUK. Ten prabuvome mėnesį. Po keleto savaičių, praleistų namuose, mes vėl atvažiavome į Santariškes. Tyrimai parodė, kad Viltei susiaurėjusi aorta. Vėl iš naujo užplūdo tie patys jausmai. Kaip bus? Kas toliau? Kiek ilgai tai tęsis? Aortą plėtė kišdami stentą (zondavimo būdu). Tai buvo pirmas kartas, kai tokiam mažam vaikui buvo atlikta tokia sudėtinga procedūra. Viskas pavyko puikiai. Ir mes turėjome užaugti iki tam tikro svorio, kad galėtų atlikti kito etapo operaciją. O svoris visą laiką mums buvo didžiausia problema. Net nesulaukus reikiamo svorio mus operavo antrą kartą. Atrodo, sėkmingai, bet... ryte chirurgas atėjęs pranešė, kad Viltės būklė bloga ir jie ruošiasi pakartotinei operacijai. Anesteziologas, kuris dalyvavo operacijoje, pasakė, kad vilties beveik nėra, bet liepė jos neprarasti. Tai buvo paskutinis lašas mano nervams. Iš namų išsiviečiau vyrą, sakydama, kad grįšime jau trise. Savo jausmų ir papasakoti nejmanoma. Buvo baisu nuo to, kas dėjosi mano galvoje. Vienintelis skambėjęs žodis – pabaiga. Bet po keleto valandų vėl atsirado viltis. Chirurgas išardė vakar per operaciją darytas siūles ir perdarė taip, kaip buvo anksčiau, nes Viltės plaučiai buvo dar nepasirengę. Po kelių dienų mes vėl buvome kartu. Po poros savaičių išleido namo paaugti. Per kitą vizitą chirurgas mane ramino, kad viskas bus gerai ir beveik tai garantavo. Tai labai pakėlė nuotaiką. Kitos operacijos sulaukėm greitai. Šį kartą reagavau ramiau, nes ištarti chirurgo žodžiai labai raminančiai veikė. Jaudulys buvo, ir tada, kai atėjęs po visko chirurgas ištiesė man ranką, norėdamas pasveikinti su sėkminga operacija. Aš neatlaikiau ir pratrūkau verkti. Tai buvo džiaugsmo ašaros. Mums suteikė galimybę gyventi.

Bet užburtas ratas dar nesibaigė. Antrą kartą susiaurėjo trachėja. Iškėlė mus į vaikų ligoninę. Įstatę tracheostomą mus išleido namo. Su vamzdeliu teko prabūti kelis mėnesius. Atsiurbinėti ir pakeisti mokėjau pati, todėl galėjome pasidžiaugti namais, negulėti ligoninėje. Ten mažoji buvo praleidusi daugiau kaip pusę savo gyvenimo. Anot gydytojų, kitas etapas turėjo būti taikomas 3–4 metų amžiuje. Namuose gyvenimas mums buvo taip pat nelabai mielas. Būdavo, kad ji pamiršdavo kvėpuoti, pradėdavo mėlti. Tekdavo ir į ligoninę, pasiėmus ant rankų bėgti (visa laimė, kad ligoninė beveik kieme).

Vieną vėlyvą vakarą Viltė užspringo seilėmis, išsikvietė Greitąją pagalbą ir ji išvežė į ligoninę. Ten nustatė, kad Viltė susirgo bronchiolitu. Ryte mes jau buvome KMUK reanimacijoje. Gydantys gydytojai didelių vilčių nedavė. 48 valandos ir... arba – arba. Mamos širdyje ta viltis visada yra. Valandos ejo, o pagerėjimo nebuvo. Jos saturacija buvo vos 60%. Po vakarinio lankymo aš išvažiavau namo, ryte atvažiavusi dar su ja susitikau. Bet po valandos Viltės būklė pradėjo smarkiai blogėti ir reanimatologai paprašė išeiti į koridorius, sakydami, kad tai jau gali būti pabaiga.

Vaikščiodama koridoriu aš meldžiau Dievą, kad jei Jam reikia jos, lai pasiima ir nebekankina. Ir staiga atsiskusi pamačiau, kaip slaugytoja neša uždegtą žvakutę į jos palatą.

Tai buvo baisi akimirka, po kurios pasidarė lengviau suvokus, kad ji nebesikankins.

Kaip ir tą dieną, kai Viltė gimė, taip ir tą, kai ji mus paliko, skaisčiai švietė saulė. Ir trumpai po jos išėjimo nulijo švelnus lietus...

Dabar mes turime savo angelą, kuris turėjo pačias gražiausias akis, angelišką šypseną ir aristokratišką laikyseną.

Mamos, turinčios tokius vaikus, mokėkite džiaugtis smulkmenomis, akimirkomis kartu ir išmokinkite to savo vaikus. Juk nė vienas nežinome, ką mums pateiks rytojus...

Rasa Tautvydienė

Literatūros sąrašas:

1. **A practical guide for the prevention of respiratory syncytial virus (RSV) disease in infants with congenital heart diseases in Saudi Arabia.** Saudi Group for RSV Prophylaxis in CHD patients. 2009.
2. American Academy of Pediatrics. **Summaries of Infectious Diseases, Respiratory Syncytial Virus.** Red Book 2009.
3. Simoes Respiratory Medicine; **Current topics in pediatric care: RSV Disease,** April 2002.
4. Hall CB. RSV. In Mandell GL: **Principles and Practice of Infectious Diseases** (4th edition). NY, Churchill Livingstone, 1501-1519.
5. Feltes TF, Cabalka AK, Meissner C. et al. **Palivizumab prophylaxis reduces hospitalization due to respiratory syncytial virus in young children with hemodynamically significant congenital heart disease.** *J Pediatr* 2003, 143, 532-40.
6. Thorburn K. **Pre-existing disease is associated with a significantly higher risk of death in severe respiratory syncytial virus (RSV) infection.** *Arch. Dis. Child.* 2008, 7.
7. The Impact-RSV Study Group. **Palivizumab, a humanized respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalization from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants.** *Pediatrics* 1996, 97, 137-140.
8. Hall CB, Weinberg GA, Iwane MK et al. The burden of respiratory syncytial virus infection in young children. *N Engl J Med* 2009, 360, 588-98.
9. S. Umbrasaitė, K. Versockas **Respiracinio sincitinio viruso infekcijos aktualumas vaikų kardiologijoje.** *Lietuvos chirurgija* 2007, 5 (3), 461-464.
10. Leidy NK, Margolis MK, Marcin JP, Flynn JA, Frankel LR, Johnson S, Langkamp D, Simoes EA. **The impact of severe respiratory syncytial virus on the child, caregiver, and family during hospitalization and recovery.** *Pediatrics* 2005; 115(6): 1536-46.
11. Common types of congenital heart defects: http://www.riversideonline.com/health_reference/Tools/CC00026.cfm
12. Anomalous Pulmonary Venous Drainage: <http://www.yorksandhumberhearts.nhs.uk/templates/Page.aspx?id=407Health information: normal heart: http://www.chop.edu/export/system/galleries/images/hospital/conditions/blood-circulation-in-the-fetus-and-newborn-125864.gif>
13. **Congenital Diseases of the Heart.** Clinical-physiological considerations. Abraham M. Rudolph 3rd edition. 2001.
14. R. Stropus, V. Vaičekauskas, J. Tutkuviene, N. Paužienė, D.H. Pauža, A. Dabužinskienė, V. Gedrimas, V. Aželis, G. H. Schumacher. **Žmogaus anatomija,** II tomas. KMU leidykla, 2007. 5-30.
15. **Vaikų ligos,** II tomas. Vilnius, Gamta, 2003, 381-427.
16. P. Šimulis. **Vaikų kardiologija.** Vilnius, Mokslas, 1992, 37-83.
17. Preparato charakteristikų santrauka.

Nuoširdžiai dėkojame tėveliams, sutikusiems pasidalinti savo patirtimi, medikams, geriausiam draugui LPF Gerumo versmė ir visiems, prisidėjusiems prie leidinio.

Kasmet Lietuvoje gimsta apie 300 kūdikių su sunkesne ar lengvesne širdies yda. Du vaikai laukia širdies donoro. VUL Santariškių Klinikų Širdies chirurgijos centro duomenimis, kasmet aštuoni iš tūkstančio šalies kūdikių gimsta su širdies yda. Kas dešimto mažojo paciento sveikatos būklė būna kritiška, nes širdies operacija turi būti atlikta jau per pirmąsias gyvenimo valandas. Iš viso Širdies chirurgijos centre kasmet skubiai atliekama nuo 200 iki 300 sudėtingų širdies operacijų naujagimiams ir vaikams, apie 50 iš jų – pirmosiomis mažylių gyvenimo valandomis. Daugelis jų sėkmingai operuojami ir gyvena pilnavertį gyvenimą. Dalis širdies sveikatos problemų turi visą gyvenimą.



Vaiko Širdies Asociacija

Vaiko Širdies Asociacija yra ne pelno siekianti organizacija, dirbanti labdaros pagrindais, padedanti vaikams, gimusiems su širdies ydomis, po širdies persodinimo operacijų, besiadaptuojantiems visuomenėje. Tokia organizacija Lietuvoje, nuolat finansiškai ir morališkai padeda šiems vaikučiams ir jų tėveliams, yra vienintelė.

Būtume labai dėkingi, jei paremtumėte Vaiko Širdies Asociacijos veiklą.

Įmonės kodas: 302295577
AB Swedbank LT417300010113058250
Banko kodas 73000
SWIFT kodas HABALT22

Daugiau informacijos
www.vaikosirdis.lt