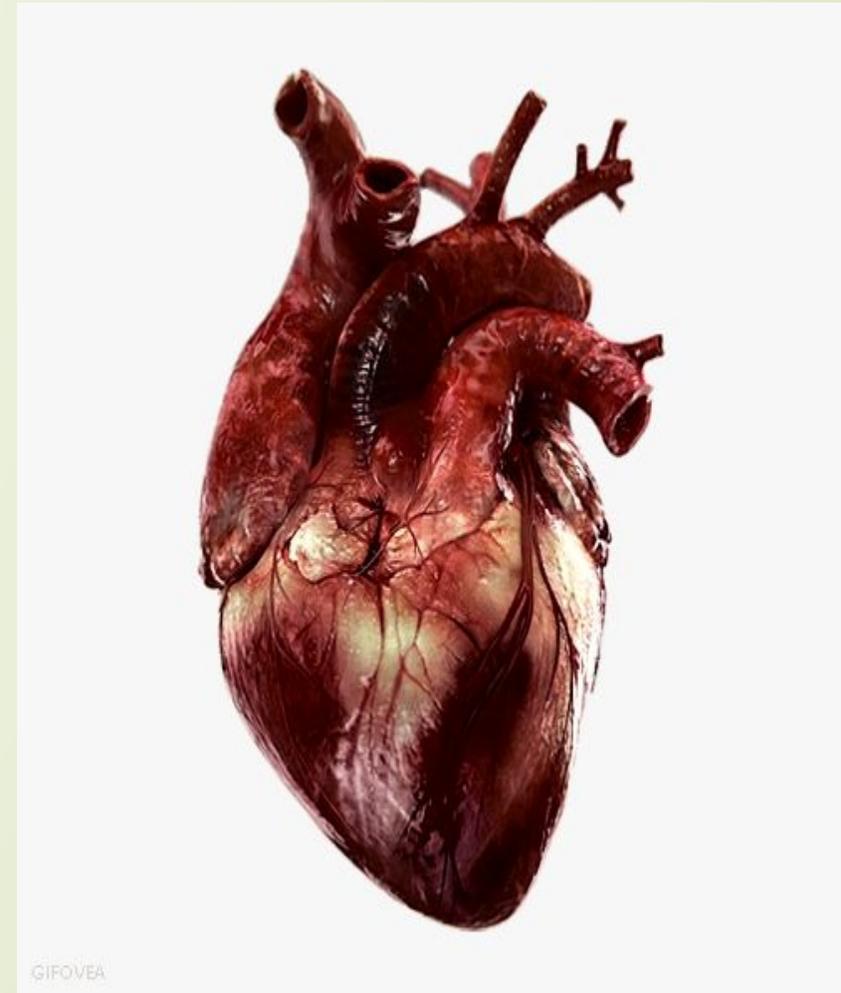
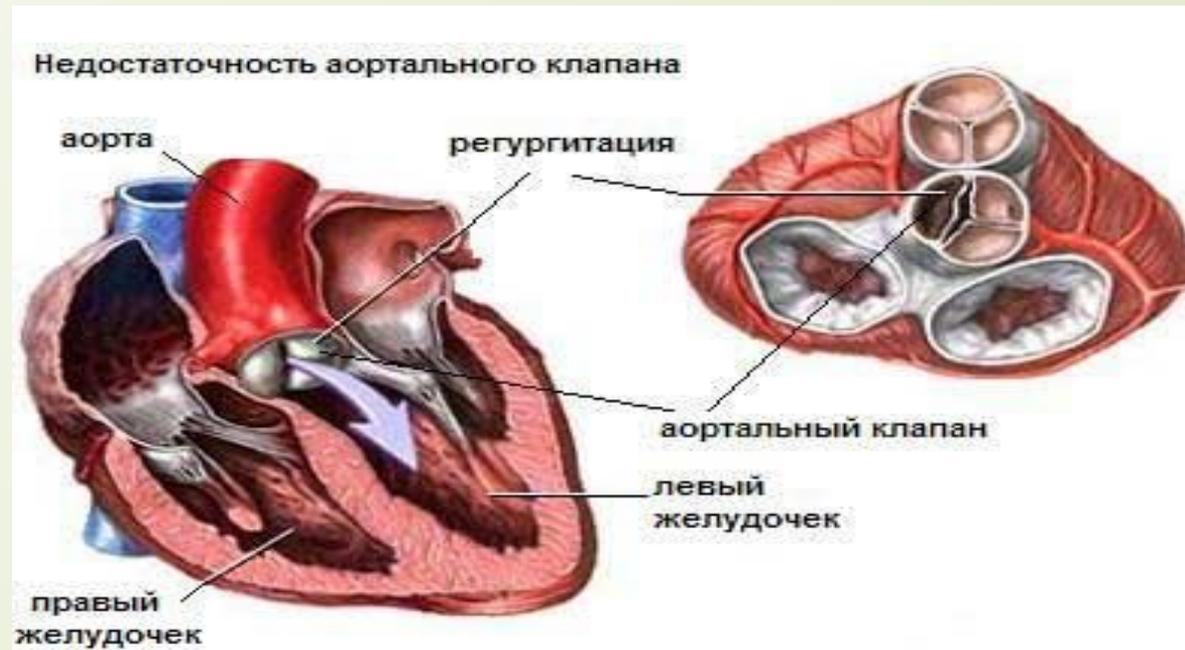


Недостаточность аортального клапана



Эрзанукаева Хеда 306 группа

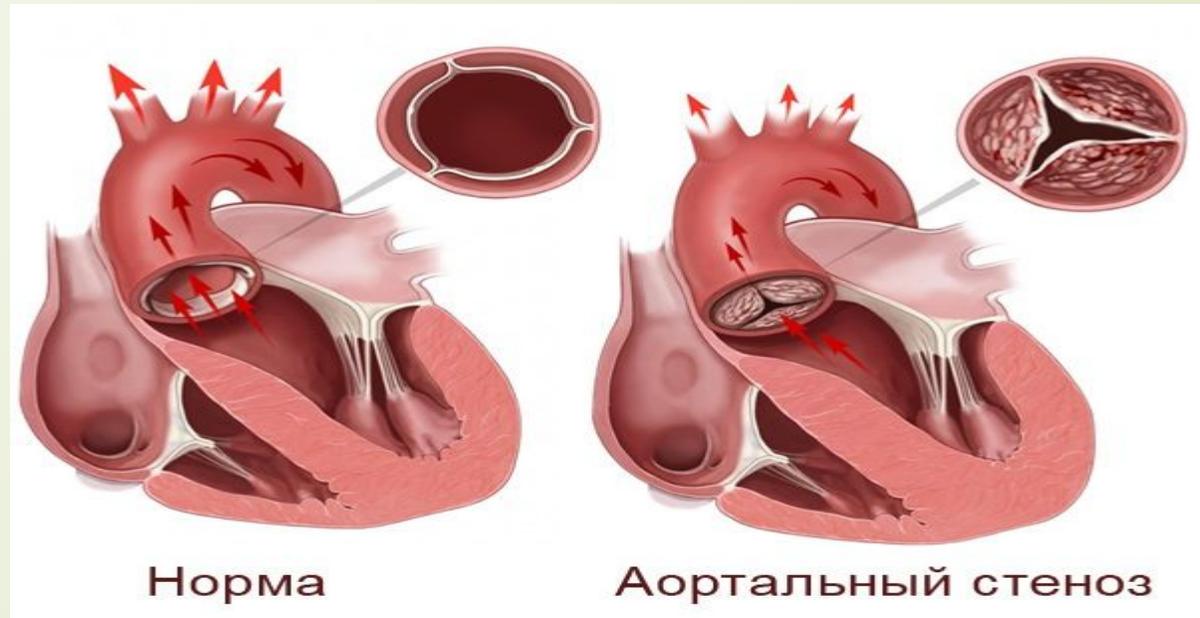
- ? **Недостаточность аортального клапана** - это неполное смыкание полулунных створок вследствие их сморщивания или разрушения. Частота изолированной аортальной недостаточности составляет – 9-14%, значительно чаще – в 55-60% она сочетается со стенозом устья аорты.



ПРИЧИНЫ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- ? 1. Ревматизм – в 70% всех случаев, чаще в сочетании со стенозом и митральными пороками
- ? 2. Инфекционный эндокардит
- ? 3. Сифилитический аортит
- ? 4. Атеросклероз аорты, расслаивающая аневризма аорты с повреждением створок
- ? 5. Синдром Марфана – миксоматозное дегенеративное повреждение створок клапана и аорты
- ? 6. Травмы грудной клетки

? Анатомические изменения клапана зависят от этиологии порока. При ревматическом эндокардите воспалительно –склеротический процесс в основании створок клапана приводит к их сморщиванию и укорочению. При сифилисе и атеросклерозе патологический процесс может поражать лишь саму аорту, вызывая ее расширение и оттягивание створок клапана без их поражения, либо рубцевый процесс распространяется на створки клапана и деформирует их. При сепсисе язвенный эндокардит приводит к распаду частей клапана, образованию дефектов в створках и последующему их рубцеванию и укорочению.



Классификация

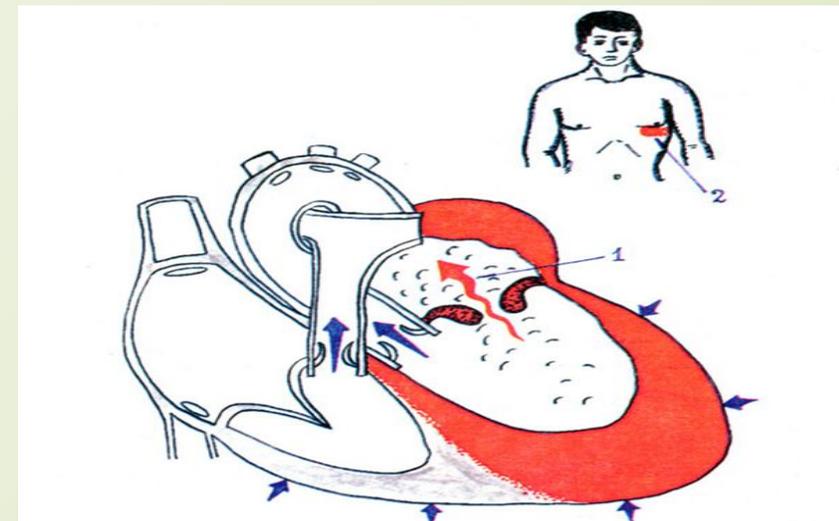
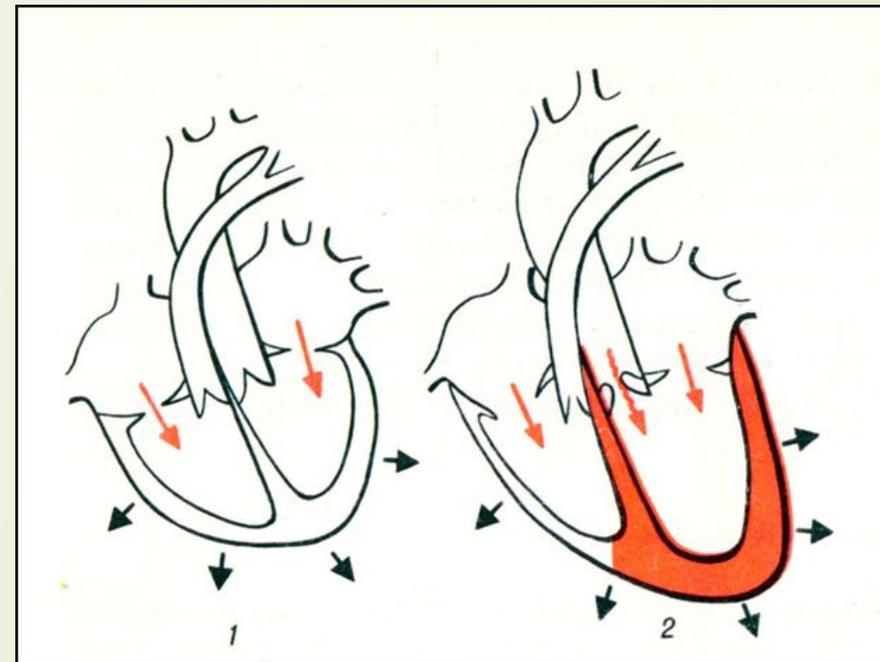
Кардиологи оценивают степень аортальной недостаточности по объему крови, которая забрасывается из аорты в левый желудочек. Выделяется четыре степени тяжести данной патологии:

- ? 1 степень – забрасывается не более 15% крови;
- ? 2 степень – забрасывается не более 15-30 % крови;
- ? 3 степень – забрасывается до 50% крови;
- ? 4 степень – забрасывается более 50% крови.

Выраженность симптомов при недостаточности аортального клапана зависит от степени выраженности деформации его створок и объема забрасываемой из аорты в сердце крови.

Гемодинамика АН

Во время диастолы кровь поступает в левый желудочек не только из предсердия, но и из аорты за счет обратного кровотока. Это приводит к переполнению и растяжению левого желудочка в период диастолы. Во время систолы левому желудочку приходится сокращаться с большей силой для того, чтобы выбросить в аорту увеличенный ударный объем крови. Усиленная работа левого желудочка приводит к его гипертрофии, а увеличение систолического объема крови в аорте вызывает ее дилатацию.



Клиническая картина

1. Жалобы: сердцебиение, ощущение пульсаций артерий (это самый ранний симптом болезни), головокружения, обмороки, боли в сердце.

Позднее появляются одышка, иногда приступы сердечной астмы, затем боли в правом подреберье, периферические отеки.

2. Осмотр: бледность кожных покровов, резкая пульсация сонных артерий (пляска каротид), височных, пульсация дуги аорты, покачивание головы- симптом Мюссе, пульсация миндалин – симптом Мюллера, пульсация зрачков – симптом Ландольфи, псевдокапиллярный пульс Квинке.

при застое в малом круге: появляется акроцианоз

при застое в большом круге: эпигастральная пульсация, набухание шейных вен, отеки ног, асцит, анасарка.

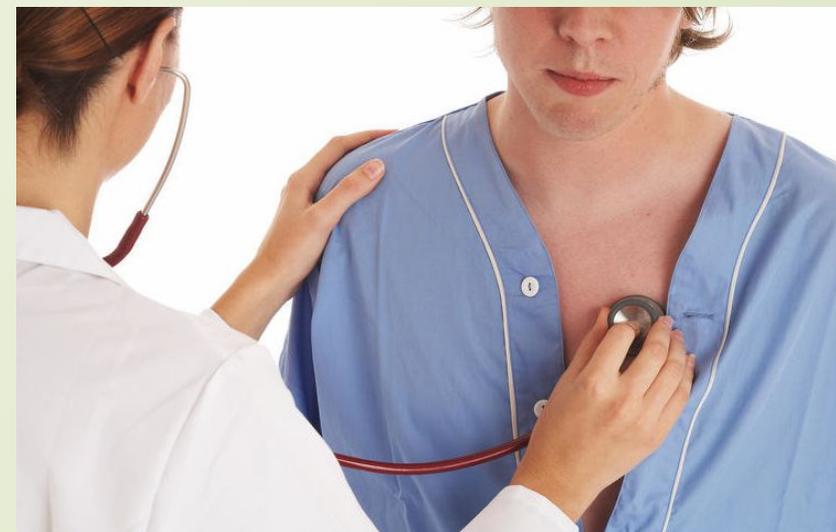


3. Пальпация сердца: разлитой и усиленный, приподнимающий сердечный толчок, смещенный влево и вниз до средне-подмышечной линии.

4. Перкуссия сердца: расширение сердечной тупости влево и вниз, расширение тупости сосудистого пучка из-за восходящей части аорты. Сердце приобретает аортальную конфигурацию (с выраженной сердечной талией)

5. Аускультация сердца:

- Ослабление I тона у верхушки
- Ослабление или отсутствие II тона над аортой
- Диастолический шум над аортой во II межреберье справа, проводящийся в точку Боткина -Эрба
- Появление III тона из-за колебания стенок желудочка при одновременном поступлении крови из аорты и левого предсердия

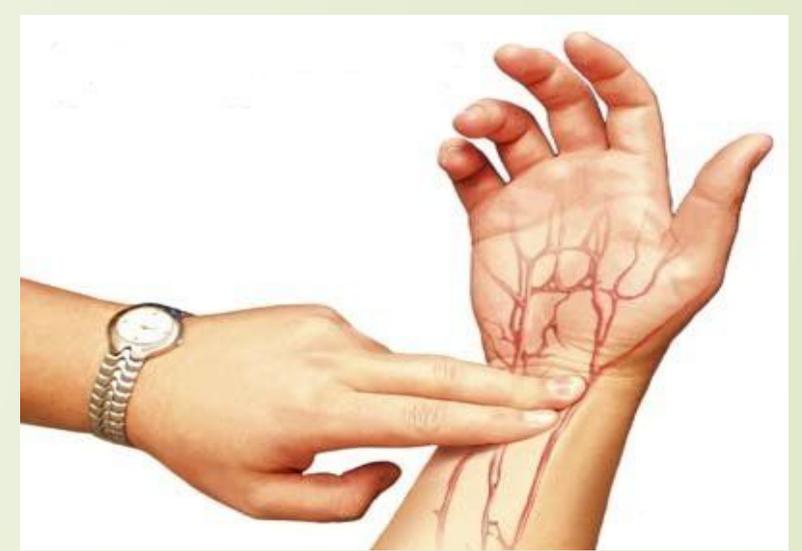


5.Пульс: высокий и скорый, скачущий (celer et altus), частый – пульс Корригена.

6.АД: большая разность между систолическим и диастолическим давлением (большое пульсовое давление) – 160/40 мм рт.ст. – 180/0 мм рт. ст.

Симптом Хилла – систолическое давление в подколенной ямке на 80-100 мм рт.ст. выше, чем в плечевой

Двойной тон Траубе и шум Виноградова-Дюрозье – при выслушивании периферических сосудов





Диагностика

Для постановки правильного диагноза и оценки структурных и функциональных изменений в работе сердца больному назначаются такие инструментальные методики обследования:

- ? ЭКГ;
 - ? фонокардиография;
 - ? рентгенография;
 - ? эхокардиография;
 - ? доплерография.
- 

Рентгенография

Недостаточность аортального клапана



- Аортальная форма сердца.
- Общее увеличение сердца, отдельные контурные дуги различимы.
- При рентгеноскопии выраженная пульсация аорты, расширение (дилатация) левого желудочка

ЭКГ появляются признаки гипертрофии левого желудочка ,отклонение электрической оси влево ,глубокие зубцы S в правых грудных отведениях и большей амплитуды зубцы R в левых грудных отведениях , нередко сочетающиеся с признаками перенапряжения левого желудочка и относительной коронарной недостаточностью(изменение конечной части желудочкового комплекса , смещение интервала S-T , отрицательный зубец T).

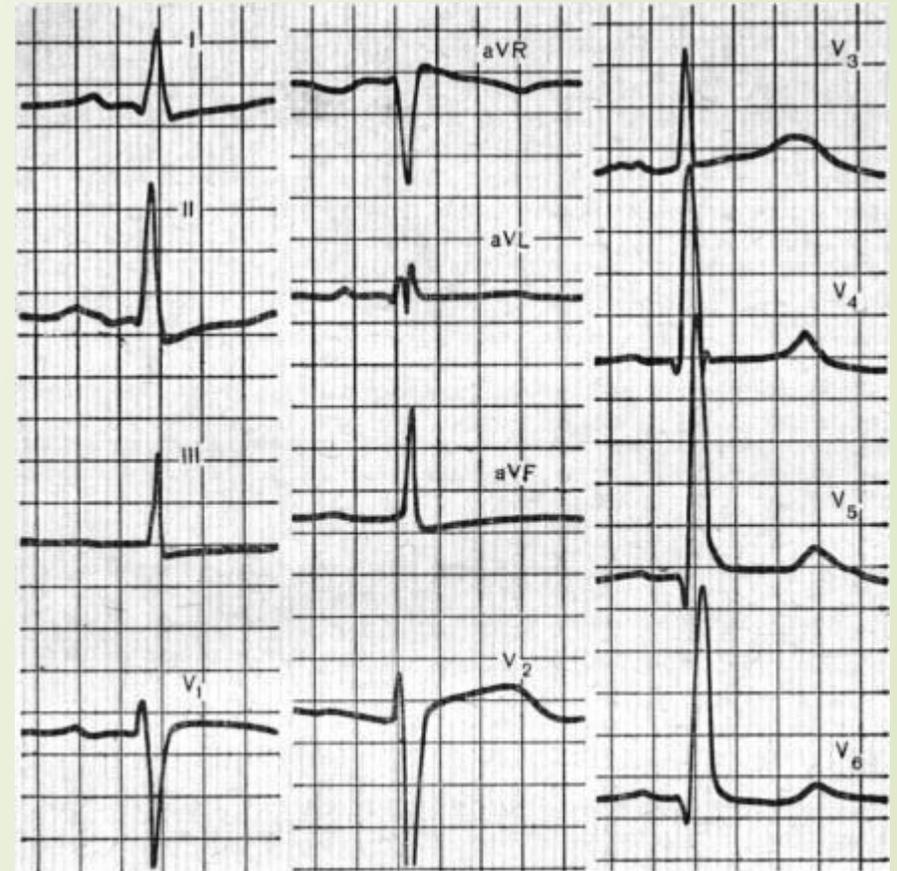
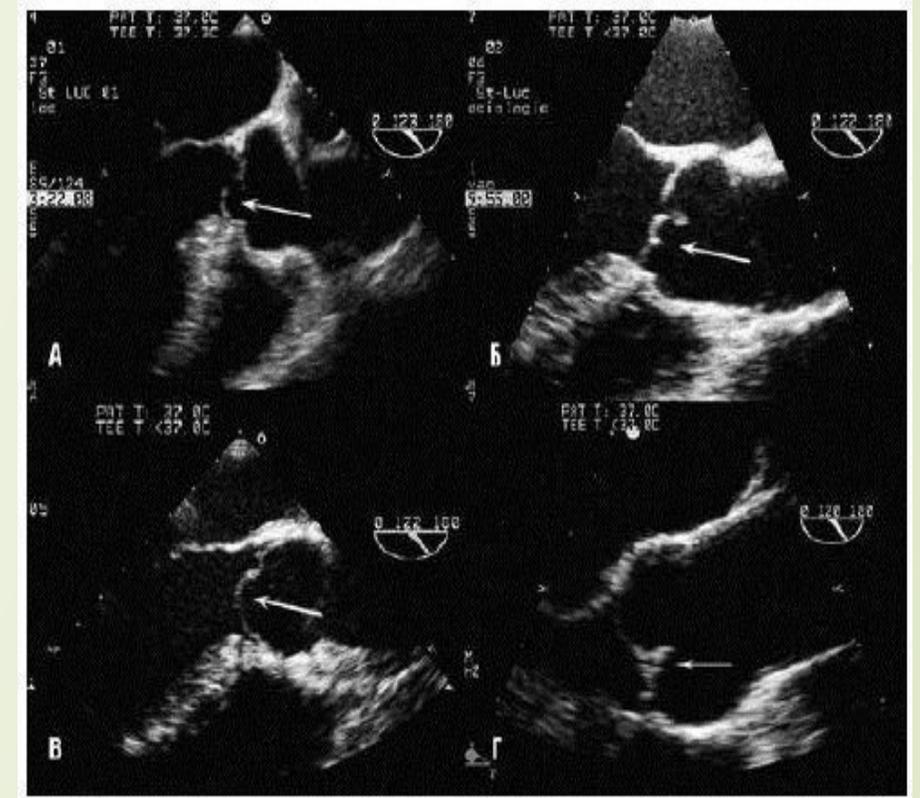


Рис.24 ЭКГ больного с аортальной недостаточностью. Гипертрофия левого желудочка (увеличение амплитуды зубца R в сочетании с депрессией сегмента RS-T в отведениях II, V6)

? ЭхоКГ при аортальной недостаточности выявляются трепетание передней створки митрального клапана во время диастолы за счет удара струи при регургитации крови из аорты в желудочек. При записи ЭхоКГ в двухмерном режиме можно выявить расширение корня аорты, фиброз и кальциноз створок клапана.



Выраженная аортальная недостаточность : цветное изображение потока, демонстрирующее эксцентрическую аортальную недостаточность, вызванную пролапсом некоронарной створки.



Характерные признаки повреждений II типа при аортальной недостаточности: избыточная подвижность передней створки (А); частичный пролапс створки с провисанием ее средней части (Б); полный пролапс створки (В); фенестрация свободного края (Г).

Лечение

Медикаментозное лечение

? При начальных стадиях аортальной недостаточности (1-2 степени) назначение специализированного терапевтического или кардиологического лечения не выполняется. Такие больные должны соблюдать рекомендации врача по коррекции образа жизни (ограничение физической активности, отказ от вредных привычек и пр.) и регулярно проходить контрольные УЗИ сердца и ЭКГ.

При недостаточности аортального клапана 3-4 степени для определения объема медикаментозной терапии учитываются все данные диагностического обследования. Больным могут назначаться такие препараты:

- ? антагонисты кальция (Верапамил, Анипамил, Фалипамил и др.): предотвращают проникновение кальция в клетки и способствуют ослаблению сердечных сокращений, назначаются при повышении АД и неритмичном сердцебиении;
- ? мочегонные средства (Торасемид, Бритомар, Фуросемид и др.): обеспечивают снижение нагрузки на сердце, устраняют отеки и способствуют снижению АД;
- ? вазодилататоры (Гидралазин, Диазоксид, Молсидомин и др.): способствуют снижению давления на стенки сосудов, устраняют спазм в артериях и нормализуют кровообращение;
- ? бета-адреноблокаторы (Пропранолол, Метопролол, Целипролол, Карведилол и др.): назначаются при нарушениях ритма сердца, повышении АД и расширении устья аорты.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение при врожденной недостаточности аортального клапана показано после 30 лет, но при быстром ухудшении состояния здоровья вмешательство может проводиться и в более раннем возрасте. Время проведения операции при приобретенной форме этого порока сердца зависит от выраженности изменений в структуре клапана.

Показания:

- ? существенные нарушения в работе левого желудочка;
- ? увеличение левого желудочка на 6 и более сантиметров;
- ? существенное ухудшение самочувствия при возврате из аорты 25% крови;
- ? возврат из аорты в желудочек составляет 50%, но общее самочувствие не страдает.

Варианты операций:

- ? Внутриаортальная баллонная контрпульсация: операция может проводиться при незначительных деформациях створок клапана и забросе крови из аорты, который составляет не более 30%.
- ? Имплантация клапана: операция может выполняться при существенных изменениях в строении клапана, когда заброс крови из аорты составляет около 30-60%, в качестве имплантата применяют искусственные клапаны из металла и силикона (биологические протезы практически не используются).

Именно хирургическая операция может помочь больному полностью избавиться от аортальной недостаточности, а своевременность вмешательства увеличивает шансы на ведение привычного образа жизни в будущем.



Спасибо за внимание!

