

АО «МУА»
Кафедра внутренних болезней

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

на тему: «Аортальный стеноз»

Подготовила : Қасымова А. С. 555 ОМ
Проверила: Саркулова С. М.

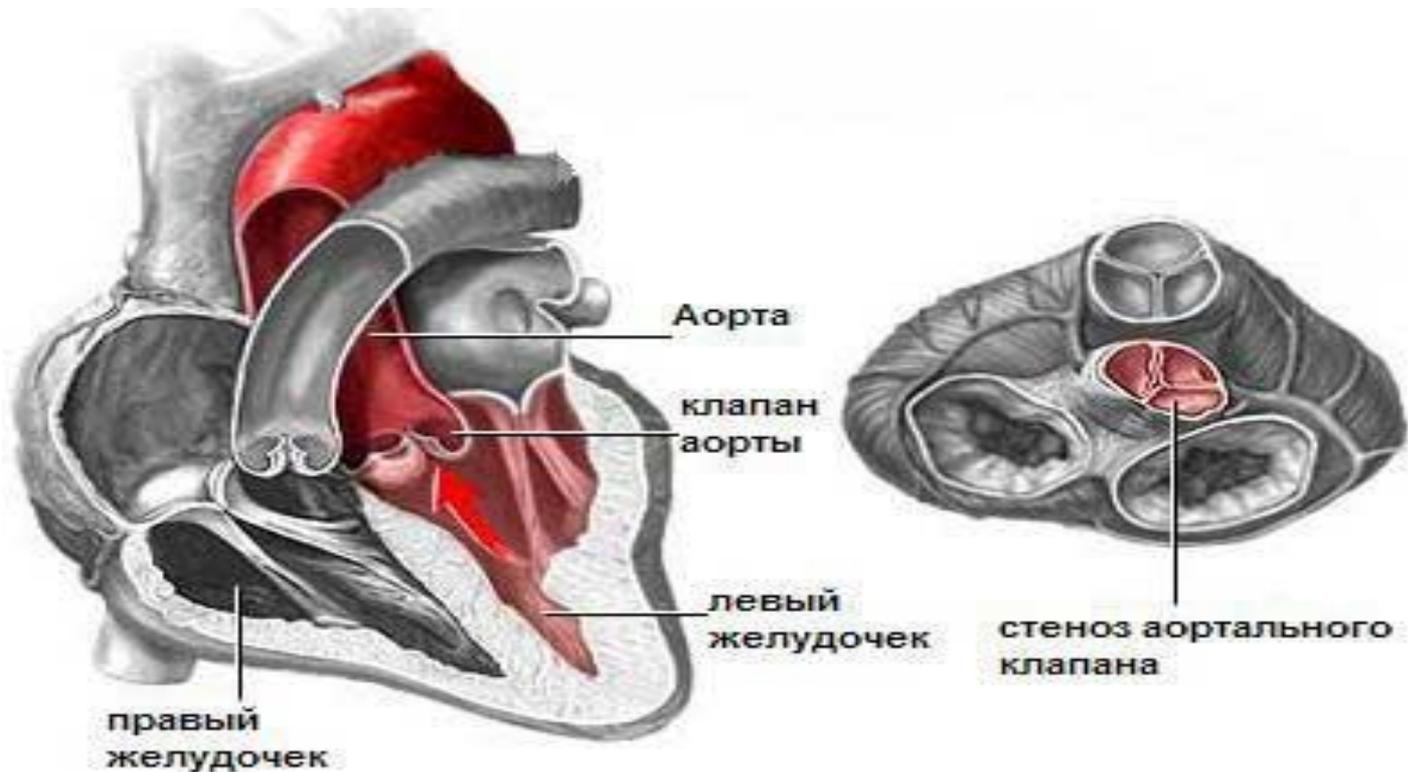
Астана 2016г.

Содержание

- * 1) Введение
- * 2) Этиология
- * 3) Патогенез
- * 4) Изменение гемодинамики
- * 5) Клинические проявления
- * 6) ЭКГ критерии
- * 7) Инструментальные исследования
- * 8) Лечение

Введение

- * Стеноз устья аорты (аортальный стеноз) — это сужение выносящего тракта ЛЖ в области аортального клапана, ведущее к затруднению оттока крови из ЛЖ и резкому возрастанию градиента давления между ЛЖ и аортой.
- * Стеноз устья аорты выявляется у 20–25% лиц, страдающих пороками сердца, причем у мужчин он встречается в 3–4 раза чаще, чем у женщин.

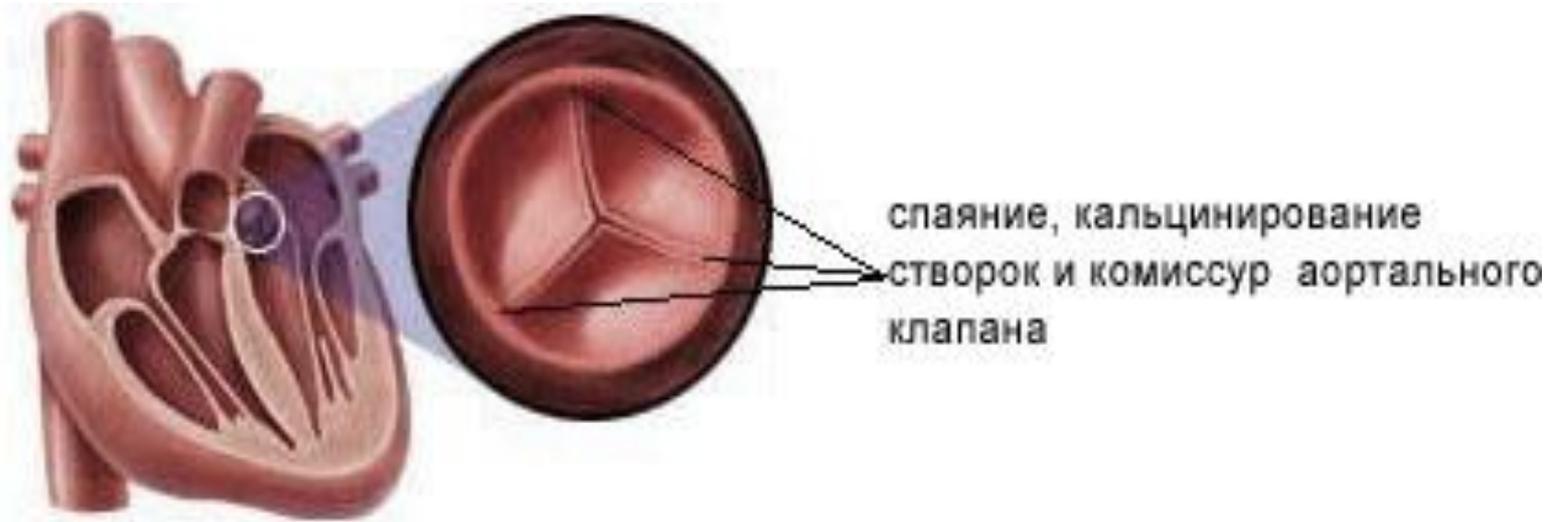


ЭТИОЛОГИЯ

Различают три основные формы аортального стеноза:

- * клапанную (врожденную или приобретенную);
- * подклапанную (врожденную или приобретенную);
- * надклапанную (врожденную).
- * Клапанный стеноз устья аорты может быть врожденным и приобретенным.
- * Причинами приобретенного аортального стеноза являются:
 - * ревматическое поражение створок клапана (наиболее частая причина);
 - * атеросклероз аорты;
 - * инфекционный эндокардит и некоторые другие;
 - * первично-дегенеративные изменения клапанов с последующим их обызвествлением.
- * При ревматическом эндокардите происходит сращение створок клапана, они уплотняются и становятся ригидными, что и является причиной сужения клапанного отверстия.
- * Нередко наблюдается обызвествление (кальциноз) аортального клапана, которое еще больше уменьшает подвижность створок и суживает клапанное кольцо.

- * Независимо от этиологии аортального стеноза, на определенном этапе формирования порока происходит выраженное обызвествление аортального клапана, что нередко еще больше увеличивает клапанную обструкцию и затрудняет проведение дифференциальной диагностики.
- * Ревматический стеноз устья аорты в большинстве случаев сочетается с ревматическим поражением митрального клапана или выраженной недостаточностью клапана аорты.
- * При аортальном стенозе, формирующемся в пожилом и старческом возрасте на фоне атеросклероза аорты или первично-дегенеративных изменений створок клапана с его обызвествлением, клапанная обструкция выражена в меньшей степени и обычно не сопровождается значительными нарушениями гемодинамики.



Патогенез

- ⊙ **Стеноз** → препятствие выбросу из ЛЖ →
 - ↑ систолического давления в ЛЖ →
 - ↑ напряжения в стенке ЛЖ →
 - компенсаторная концентрическая гипертрофия →
 - ↓ податливости миокарда ЛЖ →
 - диастолическая дисфункция →
 - ↑ диастолического давления в ЛЖ →
 - ↓ перфузионное давление в коронарных артериях + сдавление их мелких субэндокардиальных ветвей →
 - ↓ коронарный резерв →
 - несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой →
- стенокардии напряжения**

Изменение гемодинамики

Клиническая картина стеноза устья аорты обусловлена характерными гемодинамическими нарушениями, возникающими при этом пороке.

- * При аортальном стенозе затрудняется ток крови из левого желудочка в аорту, вследствие чего значительно увеличивается градиент систолического давления между полостью левого желудочка и аортой. Он превышает обычно 20 мм рт. ст., а иногда достигает 100 мм рт. ст. и более.
- * Вследствие такой нагрузки давлением повышается функция левого желудочка и возникает его гипертрофия, которая зависит от степени сужения аортального отверстия. Так, если в норме площадь аортального отверстия около 3 см², то ее уменьшение вдвое вызывает уже выраженное нарушение гемодинамики.
- * Особенно тяжелые нарушения возникают при уменьшении площади отверстия до 0,5 см². Конечное диастолическое давление может оставаться нормальным или слегка повышаться (до 10- 12 мм рт. ст.) вследствие нарушения расслабления левого желудочка, что связывают с выраженной гипертрофией его. Благодаря большим компенсаторным возможностям гипертрофированного левого желудочка, сердечный выброс долго остается нормальным, хотя при нагрузке он увеличивается меньше, чем у здоровых лиц.
- * При появлении симптомов декомпенсации наблюдаются более выраженное повышение конечного диастолического давления и дилатация левого желудочка.

Клинические проявления

Стеноз устья аорты в течение длительного времени протекает бессимптомно.

- * При значительном сужении клапанного отверстия наиболее характерны жалобы, обусловленные наличием фиксированного ударного объема, относительной коронарной недостаточностью и левожелудочковой недостаточностью:
 - * - головокружение, обмороки при нагрузке или быстрой перемене положения тела;
 - * - быстрая утомляемость, слабость при физической нагрузке;
 - * - приступы типичной стенокардии;
 - * - одышка при нагрузке, а затем и в покое;
 - * - в тяжелых случаях — приступы удушья (сердечная астма или отек легких).
- * Жалобы, связанные с появлением признаков правожелудочковой недостаточности (отеки, тяжесть в правом подреберье и др.), относительно редко встречаются у больных с изолированным стенозом устья аорты и возникают при значительной легочной гипертензии, в том числе обусловленной сочетанием аортального стеноза и пороков митрального клапана.

Объективные данные

Пальпация и перкуссия сердца

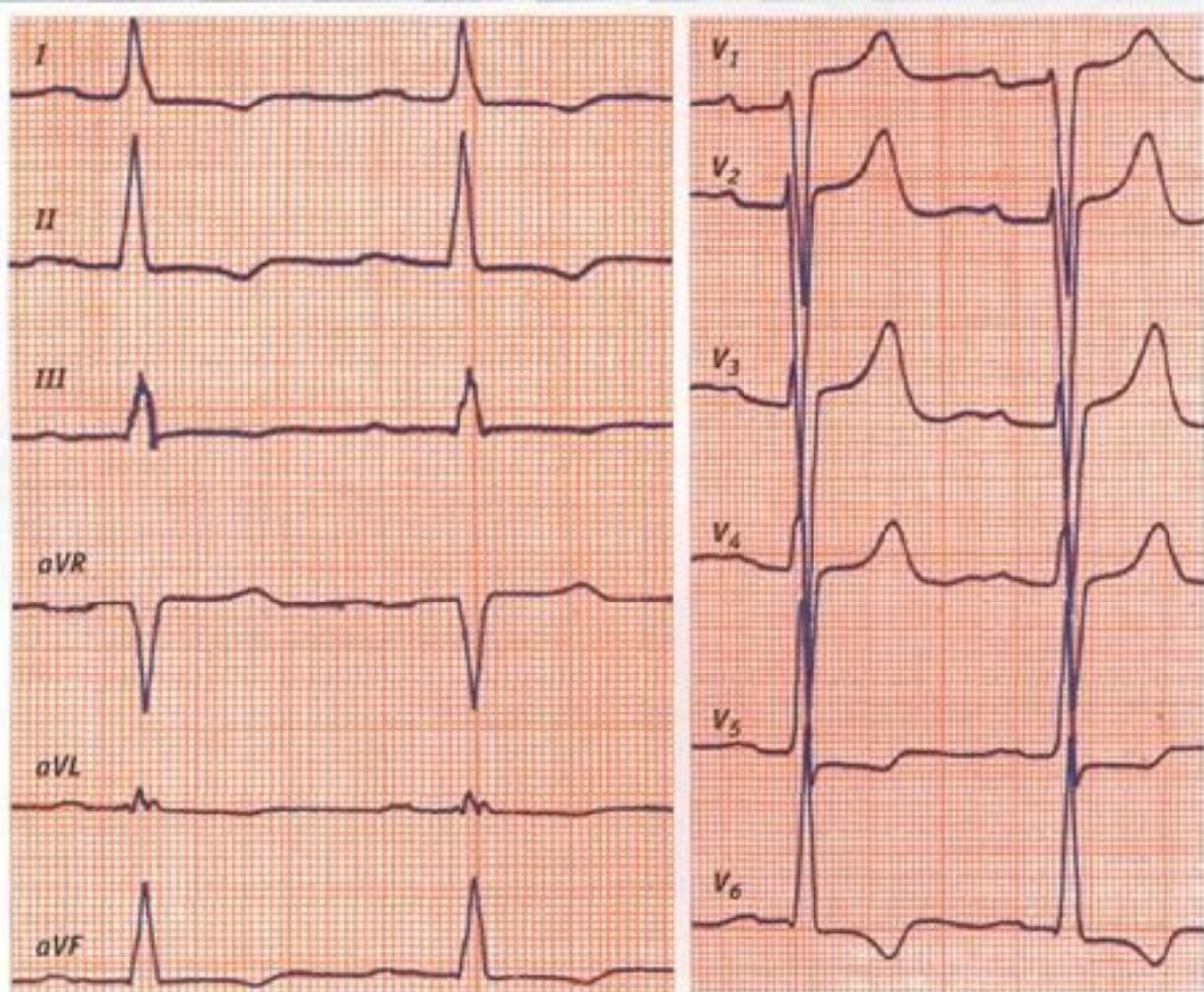
В стадии компенсации, когда преобладает выраженная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ без расширения его полости, отмечают резко усиленный концентрированный и мало смещенный верхушечный толчок. Обычно он располагается в V межреберье по срединно-ключичной линии. Границы относительной тупости сердца практически не изменены. Иногда определяется “двойной” верхушечный толчок, обусловленный усиленным сокращением ЛП.

- * Следует еще раз напомнить, что даже в этот начальный период заболевания, условно называемый стадией компенсации, несмотря на отсутствие дилатации ЛЖ и сохранение насосной (систолической) функции сердца, у больных могут наблюдаться первые клинические признаки порока: головокружение, обмороки, стенокардия и даже одышка. Последняя обусловлена наличием выраженной диастолической дисфункции ЛЖ.
- * В стадии декомпенсации, которая характеризуется не только диастолической дисфункцией, но и снижением сократимости миокарда, наблюдается дилатация полости ЛЖ. При пальпации определяется усиленный верхушечный толчок, расположенный в V–VI межреберье кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Левая граница относительной тупости сердца смещена влево. При резко выраженной дилатации ЛЖ проекция сердечной тупости на переднюю грудную стенку принимает вид “аортальной конфигурации” с подчеркнутой “талией” сердца.
- * Кроме того, при значительном сужении аортального клапанного отверстия и сохраненной функции ЛЖ на основании сердца нередко пальпаторно определяется систолическое дрожание, обусловленное низкочастотными колебаниями, образующимися при прохождении крови через суженное клапанное отверстие. Систолическое дрожание может определяться также в яремной вырезке и на сонных артериях.

- * **Каротидный пульс:** медленный подъем с плато
- * **Аускультация:** IV тон на верхушке сердца; систолический шум изгнания на основании сердца с иррадиацией на сосуды шеи. Шуму может предшествовать систолический тон изгнания («клик»), если клапан подвижен и нет выраженного кальциноза
- * **Изменения других органов**
- * Влажные хрипы в легких свидетельствуют о наличии у больного левожелудочковой недостаточности и застое крови в малом круге кровообращения. Гепатомегалия, так же как и другие признаки правожелудочковой недостаточности, редко встречается при изолированном аортальном стенозе.

ЭКГ критерии

- При стенозе устья аорты на ЭКГ определяются:
 - * Выраженные признаки гипертрофии ЛЖ с его систолической перегрузкой (депрессия сегмента RS–T и двухфазный или отрицательный зубец T в левых грудных отведениях).
 - * При выраженном аортальном стенозе, особенно при “митрализации” порока, увеличиваются амплитуда и продолжительность зубцов R в левых грудных отведениях.
 - * Признаки полной или неполной блокады левой ножки пучка Гиса (не всегда).



- ЭКГ больного с аортальным стенозом.
Гипертрофия левого предсердия.
Гипертрофия и систолическая перегрузка левого желудочка.

Рентгеновское исследование

При декомпенсации сердца и развитии миогенной дилатации желудочка наблюдаются типичные рентгенологические признаки его расширения, в частности удлинение нижней дуги левого контура сердца.

При значительном смещении верхушки влево угол между сосудистым пучком и контуром ЛЖ становится менее тупым, а “талия” сердца — более подчеркнутой. Такая конфигурация сердца получила название “аортальной”, так как наиболее отчетливо проявляется при аортальных пороках сердца (недостаточности клапана аорты и стенозе устья аорты в стадии декомпенсации).



* Эхокардиография

* При эхокардиографии находят утолщение створок аортального клапана с множественным эхо-сигналом с них, уменьшение систолического расхождения створок клапанного отверстия в период систолы.

* Обнаруживается также гипертрофия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка; конечный диастолический диаметр полости левого желудочка долго остается нормальным.

* Катетеризация сердца

* Катетеризация левых отделов сердца производится с целью предоперационной верификации диагноза и прямого измерения градиента давления между ЛЖ и аортой, который косвенно характеризует степень сужения аортального отверстия:

* - при незначительном стенозе (площадь аортального отверстия от 1,3 см² до 2 см²) градиент давления не превышает 30 мм рт. ст.;

* - при умеренном стенозе (площадь аортального отверстия от 0,75 см² до 1,3 см²) градиент давления составляет от 30 до 50 мм рт. ст.;

* - при выраженном стенозе (площадь отверстия менее 0,75 см²) градиент давления превышает 50–60 мм рт. ст.

ЭхоКГ

- ⊗ Трансторакальная ЭхоКГ – лучший метод диагностики
- ⊗ Стеноз аорты. Отмечаются выраженное сужение аортального отверстия, выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка (LV), уменьшение его полости и дилатация левого предсердия (LA).



Медикаментозное лечение

- ⊗ Проводят после появления жалоб в ожидании операции (и при ее невозможности).
- ⊗ При сердечной недостаточности → устранение застоя в малом круге кровообращения → диуретики.
- ⊗ В качестве симптоматического средства при систолической дисфункции левого желудочка и перегрузке объемом, особенно при мерцательной аритмии → Дигоксин
- ⊗ Вазодилататоры при аортальном стенозе противопоказаны → снижение ОПСС при ограниченном сердечном выбросе → обмороки

Аортальная баллонная вальвулопластика

- © При врожденном аортальном стенозе у детей без обызвествления клапана безопасность и эффективность этого метода сопоставимы с протезированием аортального клапана.

