

- Учебник

для медицинских училищ и колледжей

ПМ.02. ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

МДК.02.01. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Рекомендовано ФАУ «Федеральный институт развития образования» в качестве учебного пособия для использования в учебном процессе образовательных учреждений, реализующих программы среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 «Лечебное дело» по ПМ.02 «Лечебная деятельность», МДК.02.01 «Лечение пациентов терапевтического профиля»

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019



РАЗДЕЛ 2

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Содержание

- Тема 2.1. Лечение ревматизма, приобретенных пороков сердца, эндокардитов
 - 2.1.1. Лечение ревматизма (острой ревматической лихорадки)
 - 2.1.2. Лечение приобретенных пороков сердца
 - 2.1.3. Лечение эндокардитов
- Тема 2.2. Лечение миокардитов, кардиомиопатий, перикардитов
 - 2.2.1. Лечение миокардитов
 - 2.2.2. Лечение кардиомиопатий
 - 2.2.3. Лечение перикардитов
- Тема 2.3. Лечение артериальной гипертензии
 - 2.3.1. Влияние артериального давления на мозговое кровообращение
 - 2.3.2. Немедикаментозное лечение артериальной гипертензии
 - 2.3.3. Медикаментозное лечение артериальной гипертензии
 - 2.3.4. Неотложные состояния при артериальной гипертензии
- Тема 2.4. Лечение атеросклероза, ишемической болезни сердца, стенокардии, инфаркта миокарда
 - 2.4.1. Лечение атеросклероза
 - 2.4.2. Лечение ишемической болезни сердца, стенокардии
 - 2.4.3. Лечение инфаркта миокарда
- Тема 2.5. Лечение хронической сердечной недостаточности
 - 2.5.1. Немедикаментозное лечение
 - 2.5.2. Медикаментозное лечение
 - 2.5.3. Электрофизиологические методы лечения
 - 2.5.4. Хирургическое лечение
- Вопросы для самоконтроля

Тема 2.1. Лечение ревматизма, приобретенных пороков сердца, эндокардитов

2.1.1. Лечение ревматизма (острой ревматической лихорадки)

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) — постинфекционное осложнение стрептококкового тонзиллита (ангины) или фарингита в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (кардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки), развивающееся у предрасположенных лиц главным образом молодого возраста (7–15 лет) в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека.

Повторная ревматическая лихорадка — новый эпизод ОРЛ (но не рецидив первого!), проявляемый преимущественно кардитом, реже — кардитом и полиартритом, редко — хореей.

Хроническая ревматическая болезнь сердца — заболевание, характеризующееся поражением клапанов сердца в виде краевого фиброза клапанных створок воспалительного генеза или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесенной ОРЛ.

ЭТИОЛОГИЯ

- β-Гемолитический стрептококк группы А — БГСА (I-формы стрептококка, утратившие клеточную оболочку).
- Наследственная предрасположенность.

ЛЕЧЕНИЕ



Цели лечения ОРЛ:

- эрадикация БГСА;
- подавление активности воспалительного процесса;

- предупреждение у пациентов с перенесенным кардитом формирования ревматического порока сердца (РПС);
- компенсация застойной сердечной недостаточности (СН) у больных РПС.

Всем пациентам с ОРЛ **показаны:**

- госпитализация в соматическое или ревматологическое отделение;
- соблюдение постельного режима (первые 2–3 нед) — определяют индивидуально в зависимости от общего состояния больного и выраженности недостаточности кровообращения;
- диета, богатая витаминами и белком (из расчета 2 г на 1 кг веса пациента), с ограничением поваренной соли и углеводов, достаточным количеством свежих овощей и фруктов;
- консультация оториноларинголога, стоматолога, гинеколога и др. (для выявления и санации очагов хронической инфекции).

Этиотропная терапия

Этиотропная терапия направлена на эрадикацию БГСА.

- **Бензилпенициллин** 500 тыс. — 1 млн ЕД 4 раза в сутки (взрослым и подросткам), 100 тыс. — 150 тыс. ЕД 4 раза в сутки (детям) внутримышечно в течение 10 дней с последующим переходом на дюрантные формы.
- **Бензатина бензилпенициллин** 2,4 млн ЕД (взрослым и подросткам), 600 тыс. ЕД (детям с массой тела <25 кг), 1,2 млн ЕД (детям с массой тела >25 кг) внутримышечно однократно.
- При непереносимости пенициллинов — макролиды или линкозамы (см. раздел «Первичная профилактика»).

Патогенетическая терапия

- **ГК** — при ОРЛ с выраженным кардитом или полисерозитами: **преднизолон** 20 мг/сут (взрослым), 0,7–0,8 мг/кг (детям) утром после еды до достижения терапевтического эффекта с последующим снижением дозы (на 2,5 мг каждые 5–7 дней) до полной отмены с последующим назначением НПВС.
- **НПВС** — при слабо выраженном вульвите, ревматическом артрите без вульвита, минимальной активности процесса, повторной ОРЛ на фоне хронической ревматической болезни сердца (ХРБС): **диклофенак** 75–150 мг/сут (детям до 12 лет — 2–3 мг/кг) после еды до 2 мес (при необходимости — до 3–5 мес).

Симптоматическая терапия

- Коррекция электролитного баланса (ввиду особенностей действия ГК): **аспарагинат калия и магния** 3–6 таблеток в сутки 1 мес; **инозин**

0,6–1,2 г/сут в 3 приема 1 мес; **нандролон** 1,0 мл внутримышечно ежедневно № 10.

- При хорее: полный физический и психический покой, предупреждение травматизма (обложить кровать подушками), нейролептики (**хлорпромазин** (аминазин[★]) 0,01 г/сут) или транквилизаторы (**диазепам** 0,006–0,01 г/сут); при выраженных гиперкинезах — сочетание с противосудорожными (**карбамазепин** 0,6 г/сут).
- При хронической сердечной недостаточности (ХСН):
 - диуретики: петлевые — **фуросемид**; тиазидные и тиазидоподобные — **гидрохлоротиазид** (гипотиазид[★]), **индапамид**; калийсберегающие — **спиронолактон** (верошпирон[★]) 150 мг 1–2 раза в сутки, **триамтерен**;
 - блокаторы кальциевых каналов: дигидропиридины длительного действия (**амлодипин** 5–10 мг 1 раз в сутки);
 - β-адреноблокаторы (β-АБ): **карведилол** 3,125–25 мг 2 раза в сутки, **метопролол** 12,5–200 мг 1 раз в сутки, **бисопролол** 1,25–10 мг 1 раз в сутки;
 - сердечные гликозиды: **дигоксин** 0,125 мг 1–2 раза в сутки.



Запомните!

Эффект ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) ослабевает при одновременном назначении с НПВС (ингибируют синтез простагландинов, через активацию которых реализуется эффект ИАПФ).

Хирургическое лечение

Показано при ХСН, резистентной к консервативной терапии, на фоне РПС.

ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика

Включает своевременную и адекватную антибактериальную терапию БГСА-инфекций верхних дыхательных путей (тонзиллита, фарингита) (табл. 2.1, 2.2).

Показания к назначению бензатина бензилпенициллина при БГСА-тонзиллитах:

- низкая исполнительность пациентов;
- ОРЛ и/или ХРБС в анамнезе у ближайших родственников;
- неблагоприятные социально-бытовые условия;
- вспышки БГСА-инфекции в организованных коллективах;
- невозможность приема внутрь.

Таблица 2.1. Антибактериальная терапия БГСА-инфекции верхних дыхательных путей

Антибиотики	Дозы для взрослых и подростков	Дозы для детей	Путь введения	Длительность терапии
β-Лактамные антибиотики: пенициллины				
Бензилпенициллин	500 тыс. — 1 млн ЕД 4 раза в сутки	100–150 тыс. ЕД 4 раза в сутки	В/м	10 дней
Бензатина бензил-пенициллин	2,4 млн ЕД	600 тыс. ЕД (детям с массой тела < 25 кг), 1,2 млн ЕД (детям с массой тела > 25 кг)	В/м	Однократно
Амоксициллин	0,5 г 3 раза в сутки	0,25 г × 3 раза в сутки (детям 5–12 лет)	Внутрь	10 дней
Феноксиметил-пенициллин	0,5 г 3 раза в сутки	0,75 г × 3 раза в сутки	В/м	10 дней
β-Лактамные антибиотики: цефалоспорины				
Цефадроксил	0,5 г 2 раза в сутки	30 мг/кг в сутки 1 раз в сутки	В/м	10 дней
При непереносимости β-лактамов антибиотиков: макролиды				
Азитромицин	0,5 г 1 раз в 1-е сутки, затем по 0,25 г 1 раз в сутки	12 мг/кг в сутки в 1 прием	Внутрь	5 дней
Кларитромицин	0,25 г 2 раза в сутки	15 мг/кг в сутки в 2 приема	В/м	10 дней
Мидекамицин	0,4 г 3 раза в сутки	50 мг/кг в сутки в 3 приема	Внутрь	10 дней
Рокситромицин	0,15 г 2 раза в сутки	5 мг/кг в сутки в 2 приема	Внутрь	10 дней
Спирамицин	3 млн МЕ 2 раза в сутки	1,5 млн МЕ 2 раза в сутки	В/м	10 дней
Эритромицин	0,5 г 3 раза в сутки	40 мг/кг в сутки в 3 приема	Внутрь	10 дней
При непереносимости β-лактамов антибиотиков и макролидов: линкозамы				
Клиндамицин	0,15 г 4 раза в сутки	20 мг/кг в сутки в 3 приема	Внутрь	10 дней
Линкомицин	0,5 г 3 раза в сутки	30 мг/кг в сутки в 3 приема	Внутрь	10 дней

Таблица 2.2. Антимикробная терапия хронического рецидивирующего БГСА-тонзиллита/фарингита

Антибиотики	Дозы для взрослых и подростков	Дозы для детей	Путь введения	Длительность терапии
Амоксициллин + клавулановая кислота	0,625 г 3 раза в сутки	40 мг/кг в сутки в 3 приема	Внутрь	10 дней
Цефуроским (цефуроскима аксетил*)	0,25 г 2 раза в сутки	20 мг/кг в сутки в 2 приема	Внутрь	10 дней
Линкомицин	0,5 г 3 раза в сутки	30 мг/кг в сутки в 3 приема	Внутрь	10 дней
Клиндамицин	0,15 г 4 раза в сутки	20 мг/кг в сутки в 3 приема	Внутрь	10 дней

Больным ОРЛ **не рекомендовано** назначать:

- тетрациклины;
- левомицетин;
- фторхинолоны;
- сульфаниламиды, так как стрептококк малочувствителен или резистентен к этим ЛС.

Вторичная профилактика

Вторичную профилактику начинают в стационаре. Она направлена на предупреждение повторных атак и прогрессирование заболевания у лиц, перенесших ОРЛ (табл. 2.3).

- **Бензатина бензилпенициллин** (экстенциллин*, ретарпен*) 2,4 млн ЕД (взрослым и подросткам), 1,2 млн ЕД (детям с массой тела >25 кг), 600 тыс. ЕД (детям с массой тела <25 кг) 1 раз в 3 нед.
- **Бициллин-1*** в такой же дозе 1 раз в 7 дней.

Таблица 2.3. Длительность вторичной профилактики острой ревматической лихорадки (ВОЗ, 2004)

Категории пациентов	Длительность профилактики
Без кардита	5 лет после последней атаки или до 18-летнего возраста
Излеченный кардит без порока сердца	10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста
Порок сердца	Пожизненно
Оперированный порок сердца	Пожизненно

В настоящее время бициллин-5* является неприемлемым для вторичной профилактики ОРЛ, так как не соответствует фармакологическим требованиям, предъявляемым к превентивным препаратам.

Профилактическое назначение антибиотиков при выполнении медицинских манипуляций, сопровождаемых бактериемией (тонзиллэктомия, аденотомия, экстракция зуба, операции на желчных путях и кишечнике, предстательной железе и др.) пациентам с ХРБС (входят в категорию умеренного риска развития инфекционного эндокардита — ИЭ):

- **при манипуляциях на полости рта, пищеводе, дыхательных путях:**
 - **азитромицин** внутрь 0,5 г (взрослым), 15 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 1 ч до процедуры **или**
 - **амоксциллин** внутрь 2 г (взрослым), 950 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 1 ч до процедуры **или**
 - **ампициллин** внутривенно или внутримышечно 2 г (взрослым), 50 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 30 мин до процедуры **или**
 - **кларитромицин** внутрь 0,5 г (взрослым), 15 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 1 ч до процедуры **или**
 - **клиндамицин** внутрь или внутривенно 0,6 г (взрослым), 20 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 1 ч или 30 мин до процедуры соответственно **или**
 - **цефадроксил** внутрь 2 г (взрослым), 50 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 1 ч до процедуры **или**
 - **цефазолин** внутривенно или внутримышечно 1 г (взрослым), 25 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 30 мин до процедуры **или**
 - **цефалексин** внутрь 2 г (взрослым), 50 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 1 ч до процедуры;
- **при манипуляциях на желудочно-кишечном и урогенитальном трактах:**
 - **амоксциллин** внутрь 2 г (взрослым), 950 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 1 ч до процедуры **или**
 - **ампициллин** внутривенно или внутримышечно 2 г (взрослым), 50 мг/кг (детям до 12 лет) однократно за 30 мин до процедуры **или**
 - **ванкомицин** внутривенно капельно 1 г (взрослым), 20 мг/кг (детям до 12 лет) в течение 1–2 ч однократно (введение закончить за 30 мин до процедуры).

ПРОГНОЗ

Определяют состоянием сердца (наличием и тяжестью порока, степенью ХСН).

2.1.2. Лечение приобретенных пороков сердца

- **Порок сердца** — стойкий дефект строения сердца, характеризующийся анатомическими изменениями клапанного аппарата, крупных сосудов, ведущий к нарушению гемодинамики и функции сердца.

Виды пороков сердца:

- **врожденные** — формируются в период внутриутробного развития плода и в большинстве случаев диагностируются в детском возрасте, нередко сочетаются с другими дефектами развития:
 - дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП);
 - стеноз легочной артерии (ЛА);
 - дефект межпредсердной перегородки (ДМПП);
 - триада Фалло — стеноз ЛА + ДМПП + гипертрофия правого желудочка (ПЖ);
 - коарктация аорты и др.;
- **приобретенные** — возникают вследствие какого-либо заболевания (ОРЛ, атеросклероз, ИЭ и др.).

Под влиянием этиологических факторов возникают:

- **недостаточность клапана** — нарушение целостности, сморщивание клапанов, что приводит к неполному их смыканию и регургитации крови;
- **стеноз отверстия** — сращение соседних створок, сужение отверстия, что приводит к недостаточному поступлению крови.

Типы пороков:

- **изолированные** — поражение одного клапана или одного отверстия;
- **комбинированные** — поражение и клапана, и отверстия (митральный стеноз + недостаточность);
- **сочетанные** — поражение разных клапанов и отверстий (митрально-аортальный, митрально-аортально-трикуспидальный и др.).

Фазы течения пороков:

- **компенсация:** несмотря на наличие дефекта, сердце справляется со своей работой за счет компенсаторных механизмов — гипертрофии мышцы и дилатации полости;

- **декомпенсация:** сердце не справляется со своей работой и происходит застой крови в полостях, а затем в кругах кровообращения (малом, затем большом), что сопровождается симптомами СН.

МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Митральный стеноз — сужение левого атривентрикулярного (АВ) отверстия, препятствующее нормальному току крови из левого предсердия (ЛП) в левый желудочек (ЛЖ) (табл. 2.4, рис. 2.1).

Таблица 2.4. Классификация митрального стеноза по степени тяжести

Степень стеноза	Площадь митрального отверстия, см ²	Трансмитральный градиент, мм рт.ст.	САД в ЛА, мм рт.ст.
Легкий	>1,5	<5	<30
Умеренный	1,0–1,5	5–10	30–50
Тяжелый	<1,0	>10	>50



Рис. 2.1. Гемодинамические изменения при митральном стенозе

Показания к госпитализации:

- декомпенсация ХСН;
- тромбоэмболические осложнения;
- необходимость оперативного лечения.

Лечение



Цели лечения:

- улучшение прогноза и увеличение продолжительности жизни;
- облегчение симптомов заболевания.

Консервативное лечение:

- при бессимптомном течении — профилактика ИЭ, ОРЛ;
- ограничение интенсивных ФН;
- при наличии симптомов ХСН — ограничение приема соли;
- диуретики — при признаках ХСН;
- β-АБ, верапамил/дилтиазем — при синусовой тахикардии;
- дигоксин — при фибрилляции предсердий;
- непрямые антикоагулянты — при фибрилляции предсердий, тромбозах, тромбе в ЛП, размере ЛП >55 мм; целевой уровень международного нормализованного отношения (МНО) — 2,0–3,0;
- баллонная вальвулотомия — при умеренных или выраженных клинических проявлениях или развитии легочной гипертензии.



Обратите внимание!

При беременности больным с незначительным и умеренным стенозом проводят только медикаментозное лечение (диуретики, β-АБ). При необходимости проведения антикоагулянтной терапии назначают препараты гепарина.

Хирургическое лечение:

- чрескожная баллонная митральная вальвулопластика;
- пластика и протезирование митрального клапана.

Показания к хирургическому лечению:

- выраженные клинические проявления, ограничивающие повседневную активность;
- отек легких при отсутствии явного провоцирующего фактора;
- отек легких во время беременности;
- резкое ухудшение состояния, вызванное некупирующейся медикаментозно фибрилляцией предсердий.

Тактика ведения в послеоперационном периоде

- Профилактическое лечение препаратами пенициллина продленного действия пожизненно (**бензатина бензилпенициллин** 2,4 млн ЕД взрослым и 1,2 млн ЕД детям внутримышечно 1 раз в месяц).

- Непрямые антикоагулянты пожизненно после протезирования митрального клапана механическим протезом. Больным с биопротезами или после реконструктивных операций на митральном клапане — пожизненное лечение при фибрилляции предсердий (ФП), ХСН, систолической дисфункции ЛЖ (фракция выброса — $ФВ < 30\%$). В остальных случаях непрямые антикоагулянты назначают в первые 3 мес с последующим переходом на ацетилсалициловую кислоту.

Прогноз

- 10-летняя выживаемость при отсутствии симптомов или ХСН I–II функционального класса (ФК) по NYHA более 80%.
- 10-летняя выживаемость декомпенсированных и неоперированных пациентов не превышает 15%.
- При тяжелой легочной гипертензии средний срок выживаемости не превышает 3 лет.

МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Митральная недостаточность — поражение митрального клапана, при котором возникает обратный ток крови из ЛЖ в ЛП во время систолы (рис. 2.2).

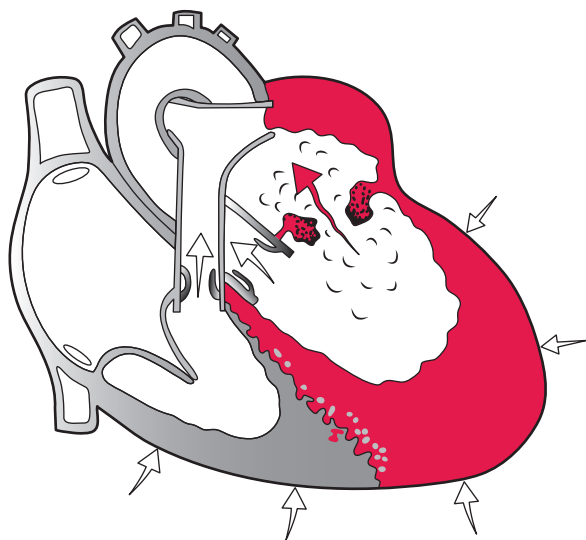


Рис. 2.2. Гемодинамические изменения при митральной недостаточности

Лечение



Основные цели лечения:

- улучшение прогноза;
- облегчение симптомов заболевания.

Показания к госпитализации:

- подозрение на острую митральную регургитацию;
- прогрессирование ХСН;
- наличие показаний для оперативного лечения.

Консервативное лечение показано:

- при бессимптомном течении — профилактика ИЭ, ОРЛ;
- при ограничении интенсивных ФН;
- при наличии симптомов ХСН — ограничение приема соли, ИАПФ, нитраты, диуретики;
- при ФП — соответствующее лечение.

Виды хирургического лечения:

- пластика;
- протезирование митрального клапана.

Показания к хирургическому лечению:

- тяжелая митральная регургитация с симптомами ХСН II–IV ФК;
- дисфункция ЛЖ (ФВ — 30–60%) и/или конечный систолический размер >40 мм;
- острая митральная регургитация.

Тактика ведения

- Бессимптомные пациенты с тяжелой митральной регургитацией должны посещать врача каждые 6–12 мес.
- Профилактика рецидивов ОРЛ, ИЭ.

Прогноз

При ревматической митральной регургитации прогноз более благоприятный, чем при ишемической.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Пролапс митрального клапана — прогиб, смещение створок клапана в полость ЛП во время систолы.

Лечение



Цель лечения:

- улучшение прогноза и качества жизни.

Показания к госпитализации:

- острая митральная регургитация вследствие разрыва сухожильных хорд;
- наличие показаний для оперативного лечения.

Медикаментозное лечение:

- β -АБ;
- варфарин (при мерцательной аритмии у лиц старше 65 лет, сопутствующей митральной регургитации, АГ, ХСН) или ацетилсалициловая кислота (аспирин[®]).

Хирургическое лечение: пластика митрального клапана.

Показания к хирургическому лечению:

- разрыв хорд или выраженное их удлинение;
- тяжелая митральная регургитация;
- тяжелая дисфункция ЛЖ и систолическое давление в ЛА >50 мм рт.ст.

Тактика ведения

Частота осмотров врача при пролапсе митрального клапана с легкой митральной регургитацией — 1 раз в 3–5 лет; при умеренной или тяжелой регургитации — 1 раз в год.

Прогноз

При отсутствии жалоб прогноз благоприятный. При митральной регургитации — высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и смертности.

АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Аортальный стеноз — сужение устья аорты, препятствующее нормальному току крови из ЛЖ в аорту. Клинические и гемодинамические проявления возникают при сужении просвета на 70% и более (рис. 2.3).

Лечение**Цели лечения:**

- профилактика внезапной сердечной смерти (ВСС), дисфункции ЛЖ и СН;
- облегчение симптомов заболевания и улучшение качества жизни.

Показания к госпитализации:

- клинические проявления аортального стеноза;
- аритмии с нарушением гемодинамики;
- прогрессирующее увеличение сердца или снижение его сократительной способности даже при отсутствии жалоб;
- наличие показаний для оперативного лечения.

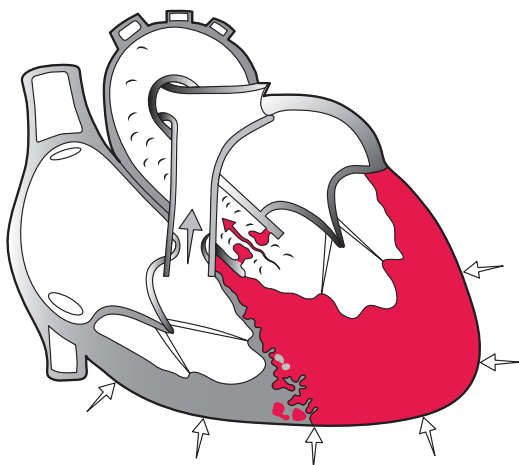


Рис. 2.3. Гемодинамические изменения при аортальном стенозе

Консервативное лечение показано неоперабельным больным, для лечения ХСН, стенокардии, аритмий:

- профилактика и лечение основного заболевания;
- ограничение ФН;
- β -АБ, петлевые диуретики, антикоагулянты, сердечные гликозиды.

Хирургическое лечение: протезирование аортального клапана (рис. 2.4).

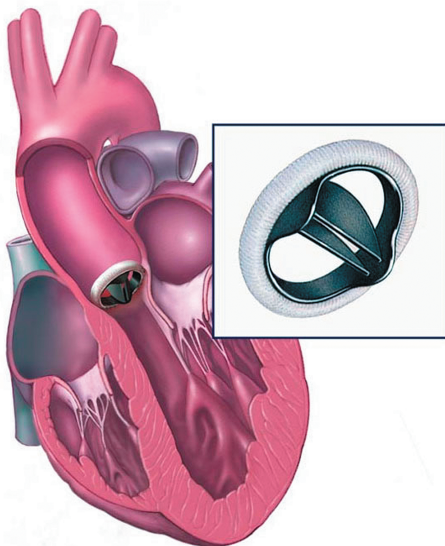


Рис. 2.4. Механический протез аортального клапана как способ лечения порока

Показания к хирургическому лечению:

- тяжелый аортальный стеноз: клинические проявления (стенокардия, обмороки, одышка), запланированное аортокоронарное шунтирование (АКШ), запланированное вмешательство на аорте или других клапанах, систолическая дисфункция ЛЖ ($ФВ < 50\%$);
- умеренный аортальный стеноз: запланированное АКШ, вмешательство на аорте или других клапанах сердца.

Тактика ведения

При тяжелом аортальном стенозе — эхокардиография (ЭхоКГ) ежегодно, при умеренном — 1 раз в 1–2 года, при легком — в 3–5 лет.

Прогноз

Без оперативного вмешательства при наличии левожелудочковой недостаточности 50% пациентов погибают в течение 2 лет, при наличии обмороков — в течение 3 лет, при появлении стенокардии — в течение 5 лет.

АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Аортальная недостаточность (регургитация) — заболевание, характеризующееся обратным током крови из аорты в ЛЖ через патологически измененный аортальный клапан (рис. 2.5).

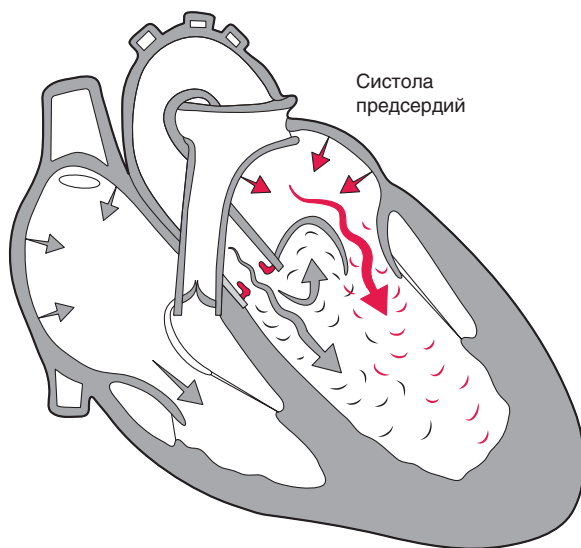


Рис. 2.5. Гемодинамические изменения при аортальной недостаточности

Лечение



Цели лечения:

- улучшение прогноза и увеличение продолжительности жизни;
- облегчение симптомов заболевания.

Показания к госпитализации:

- подозрение на острую аортальную регургитацию;
- выраженные клинические проявления хронической аортальной регургитации;
- наличие показаний для оперативного лечения.

Консервативное лечение:

- профилактика ИЭ, ОРЛ;
- ИАПФ;
- антагонисты кальция;
- петлевые диуретики;
- дигоксин;
- нитраты;
- при острой аортальной регургитации перед хирургическим вмешательством — нитропруссид натрия с инотропными препаратами (допамин или добутамин).

Хирургическое лечение — протезирование аортального клапана.

Показания к хирургическому лечению:

- клинические признаки или выраженная дисфункция ЛЖ (ФВ <50%) либо его дилатация (конечный диастолический размер >75 мм, конечный систолический размер >55 мм);
- запланированное АКШ, вмешательство на аорте или других клапанах при тяжелой аортальной регургитации.

Тактика ведения

- Бессимптомные пациенты с легкой аортальной регургитацией и нормальной ФВ — диспансерное наблюдение и ЭхоКГ каждые 1–2 года.
- При тяжелой аортальной регургитации, нормальной ФВ, но с дилатацией ЛЖ пациенты нуждаются в осмотре каждые 6 мес.

Прогноз

- 5-летняя выживаемость — 75%.
- 10-летняя выживаемость — около 50%.
- Прогноз ухудшается при появлении симптомов.

Дифференциально-диагностические признаки основных приобретенных пороков сердца представлены в табл. 2.5.

Таблица 2.5. Дифференциально-диагностические признаки основных приобретенных пороков сердца

Признаки	Пороки сердца				
	Недостаточность митрального клапана	Стеноз митрального клапана	Недостаточность клапана аорты	Стеноз клапана аорты	Недостаточность трехстворчатого клапана
Внешний вид	Без особенностей; при наличии недостаточности кровообращения — цианоз губ	Выраженный цианоз, лицо Корвизара	Бледность кожи, пульсация шейных артерий, энергичное сотрясение грудной клетки в области сердца («пульсирующий целовек»)	Без особенностей	Цианоз лица, кистей, стоп; переполненные, пульсирующие вены шеи (пульсация яремных вен синхронна с систолой, желтуха). Положительный венный пульс, пульсация печени
Периферические симптомы	Отсутствуют	Отсутствуют	Симптомы Мюсси, капиллярный пульс, двойной шум Дюрозье, тон Траубе	Отсутствуют	Без особенностей, иногда отмечается пульсация правого желудочка у мечевидного отростка
Верхушечный толчок	Виден на глаз, пульсаторно усиленный, развело (в пятом и шестом межреберье)	Часто отмечается диастолическое «кошачье мурлыканье» над верхушкой (в положении на левом боку при максимальном выходе)	Виден на глаз, усиленный, резистентный, разлитой, смещен влево и вниз (в шестом и седьмом межреберье)	Виден на глаз, приподнимающийся, резистентный, смещен влево, вниз, систолическое дрожание над основанием сердца	

Окончание табл. 2.5

Признаки	Пороки сердца				
	Недостаточность митрального клапана	Стеноз митрального клапана	Недостаточность клапана аорты	Стеноз клапана аорты	Недостаточность трехстворчатого клапана
Границы относительной сердечной тупости	При выраженной недостаточности смещены влево	Смещены вверх вправо, сосудистый пучок расширен влево	Смещены влево, вниз	Смещены влево, вниз	Смещены влево, вниз
Аускультация сердца	Ослабление тона над верхушкой, систолический шум, занимающий всю систолу, проводится в подмышечную область, акцент II тона над легочным стволom	Хлопающий I тон, акцент II тона над легочным стволom, диастолический шум над верхушкой, раздвоение II тона во втором межреберье слева, над верхушкой — «ритм перепела» (в результате появления тона от закрытия митрального клапана)	Ослабление I тона над верхушкой, II тона — над основанием сердца, протодиастолический шум над аортой (проводится влево вниз до верхушки)	Ослабление I тона над верхушкой, II тона — над основанием сердца, протодиастолический шум над аортой, который проводится влево вниз до верхушки	I тон чаще нормальный, II тон над аортой — ослабленный, грубый систолический шум проводится на сонные артерии
Пульс	Без изменений	Малый, часто аритмичный (мерцательная аритмия), дефицит пульса	Скорый, высокий, большой	Скорый, высокий, большой	Малый, твердый, медленно нарастающий и снижающийся
АД	Нормальное	Снижено САД, повышено ДАД	Высокое САД, низкое ДАД, большое пульсовое давление	Высокое САД, низкое ДАД, высокое давление	Несколько снижено САД