

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра «Терапия»

Реферат

По дисциплине «Внутренние болезни»

На тему «Синдром трикуспидальной недостаточности»

Специальность 31.05.03 Стоматология

Выполнила: студентка 18лс3 группы 2 курса
Слукина Марина Сергеевна

Руководитель:

к.м.н Борисова Наталья Александровна

Пенза-2020г

Содержание

Введение	3
1. Этиология.....	4
2. Патогенез.....	5
3. Клиническая картина.....	6
4. Диагностика	9
5. Лечение	14
Вывод.....	17
Список литературы	18

Введение

Синдром трикуспидальной недостаточности – это патология сердца, характеризующаяся дисфункцией полностью предотвратить обратное движение крови к правому желудочку правого предсердия во время сокращения камер сердца.

Трикуспидальная недостаточность чаще всего не может возникать без иных пороков сердца. Она нередко возникает с трикуспидальным стенозом, то есть стенозом правого предсердно-желудочкового отверстия, митральными пороками развития-стенозом, другими словами стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия, так же аортальными пороками развития-стенозом, а именно сужение аортального клапана к клапану, и недостаточностью аортальных клапанов, то есть закрытие аортального клапана в момент сокращения левого предсердно-желудочкового отверстия предсердия. Возможно рыхлое закрытие митральных клапанов в момент сокращения сердечного желудочка.

В данной работе мы рассмотрим этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение синдрома трикуспидальной недостаточности.

1. Этиология:

Трикуспидальная недостаточность делится на:

- Первичную;
- Вторичную.

Первичная недостаточность трехстворчатого клапана встречается достаточно нечасто. Она может возникать на фоне:

- ✓ Инфекционного эндокардита у использующих запрещенные инъекционные препараты;
- ✓ Карциноидном синдроме;
- ✓ Закрытых травмах груди;
- ✓ Ревматической лихорадке;
- ✓ Идиопатической миксоматозной дегенерации;
- ✓ Врожденных дефектах (например, расщепленный трехстворчатый клапан, открытый предсердно-желудочковый канал);
- ✓ Аномалии Эбштейна (смещение врожденно измененных створок транскуспидального клапана в полость правого желудочка);
- ✓ Синдромом Марфана.

Вторичная недостаточность трехстворчатого клапана чаще всего вызвана:

- ✓ Дилатацией правого желудочка (ПЖ) с нарушением функции нормального клапана, что возникает при легочной гипертензии;
- ✓ Сердечной недостаточности при дисфункции ПЖ;
- ✓ Обструкции выходного отдела легочной артерии.

2. Патогенез

Неполное смыкание створок трехстворчатого клапана вызывает во время систолы правого желудочка обратный ток крови из его полости в правое предсердие. Тяжесть трехстворчатой недостаточности определяется величиной обратного тока крови, то есть его регургитацией.

Эта кровь, наряду с кровью из полых вен и коронарного синуса, проходит через правое предсердие, которое расширяется. В период систолы предсердий увеличенная масса крови поступает в правый желудочек, который вначале расширяется, а затем и гипертрофируется.

Застой в правом предсердии немедленно переносится в систему полых вен. При выраженной слабости правого предсердия оно представляет вместе с полыми венами как бы один резервуар, растягивающийся при систоле желудочков и далеко не полностью опустошающийся при их диастоле.

Снижение сократительной функции правого желудочка приводит к резкому уменьшению количества крови, поступающей в легочную артерию, уменьшая застой в сосудах малого круга. (Рис. 1)

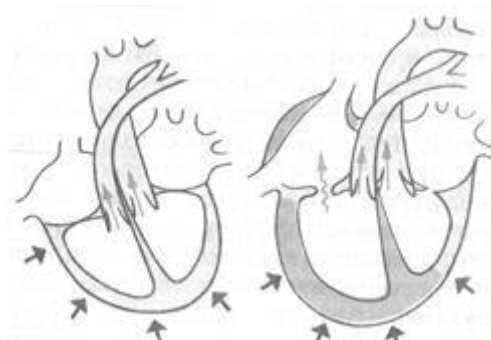


Рис. 1. Нарушение внутрисердечной гемодинамики при недостаточности трехстворчатого клапана.

3. Клиническая картина

Клиническая картина определяется основным заболеванием, снижением выброса крови из правого желудочка и застоем в правом предсердии и системе полых вен.

Больные имеют значительный дефект (митральный клапан или аорта) и сильный застой кровообращения.

У этих пациентов одышка бывает умеренной из-за незначительного уменьшения застоя, так как часть крови помещается в правую часть сердца и в печень. Физическая активность чаще всего ограничена, не из-за одышки, а из-за возникновения слабости. Будут наблюдаться: увеличение печени, боли в правом подреберье, эпигастрии, тошнота, нарушение аппетита, что ведет к анорексии. Так же если будет наблюдаться развитие асцита будут появляться симптомы данного заболевания - вздутие живота в объеме, метеоризм.

При обследовании может быть выявлена выраженная акроцианозная желтуха, которая дает желтовато-цианотическую окраску кожи.

Застой венозной крови проявляется расширением яремных вен и их систолической пульсацией (симптом Плеша). Пульсация вен почти не ощущается пальпаторно, так как имеет меньшую амплитуду. Если низкий артериальный пульс, а пульсация шейных сосудов выражена достаточно четко, то последняя обусловлена венозной пульсацией.

У больных так же с выраженной недостаточностью трехстворчатого клапана может наблюдаться пульсация глазных яблок, правого желудочка, печени; Если порок достаточно продолжителен, то может быть выявлен общий отек подкожной клетчатки. Пансистолический шум, усиливающийся при глубоком вдохе, а также диастолический шум (при выраженной недостаточности).

При осмотре и пальпации сердечной области наблюдается выраженная пульсация всей области сердца и эпигастрия, обусловленные сокращениями значительно увеличенного правого желудочка. В области правого желудочка передняя стенка грудной клетки вызывает пульсирующие движения в противоположной фазе сердца: выступающее диастолическое, систолическое сокращение.

В области правого подреберья наблюдается пульсация печени, похожая по происхождению на положительный венозный пульс. Так же пульсация печени задерживает пульсацию правого желудочка. Пульсация передней грудной стенки и печени проявляется только когда недостаточности трехстворчатого клапана достаточно долгое время развивается у человека.

Расширенный правый желудочек может формировать левый край сердца, и при этом левый желудочек выталкивается наружу.

При аускультации. В нижней части мечевидного отростка можно услышать сильный систолического шум, который указывает на нарушение работы трехстворчатого клапана. Также этот шум можно услышать в пятом межреберье по срединно-ключичной линии. С высотой вдоха, систолический шум увеличивается (симптом Риверо-Корвалло). Это обусловлено с объемом регургитации и ускорением притока крови к правой части сердца.

Первый звук ослабевает, так как нет периода закрытых клапанов. Но из-за митрального стеноза, который проявляется вместе с трехстворчатой недостаточностью клапана, этот симптом не проявляется

Второй тон легочной артерии снижается и приводит к уменьшению застойных явлений в малом круге кровообращения

Артериальное давление и пульс: не изменяются;

Давление вен: повышено;

Скорость кровотока: замедлена.

Осложнения. Могут возникнуть:

- ✓ Цирротические изменения в печени на фоне выраженных нарушений кровообращения;
- ✓ Развивается необратимая декомпенсация желудочка;

Развитие асцита, застойного цирроза печени или фиброза печени значительно ухудшает течение заболевания и ухудшает прогноз. Смерть наступает вследствие прогрессирующей недостаточности кровообращения, пневмонии и тромбоэмболических осложнений.

4. Диагностика

- *Эхокардиография (ЭхоКГ – ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца)*

Должен быть проведен анализ структуры, степень недостаточности клапана и систолического давления в правом желудочке. При вторичном пороке наблюдается давление >55 мм рт. ст.; Систолическое давление в легочной артерии ≥ 55 мм рт. ст. показывает на выраженная недостаточность трехстворчатого клапана при нормальной его структуре; Систолическое давление в легочной артерии <40 мм рт. ст. уже указывает на патологию в структуре клапана;

- *Рентгенологическое исследование;*

Это исследование показывает увеличение правого предсердия и правого желудочка.

При функциональной недостаточности выявляется увеличение массы и размеров с расширением тени правого предсердия, может появиться выпот в плевральной полости и расширение непарной вены;

При выраженной недостаточности выявляется увеличение правого желудочка. (Рис.2)

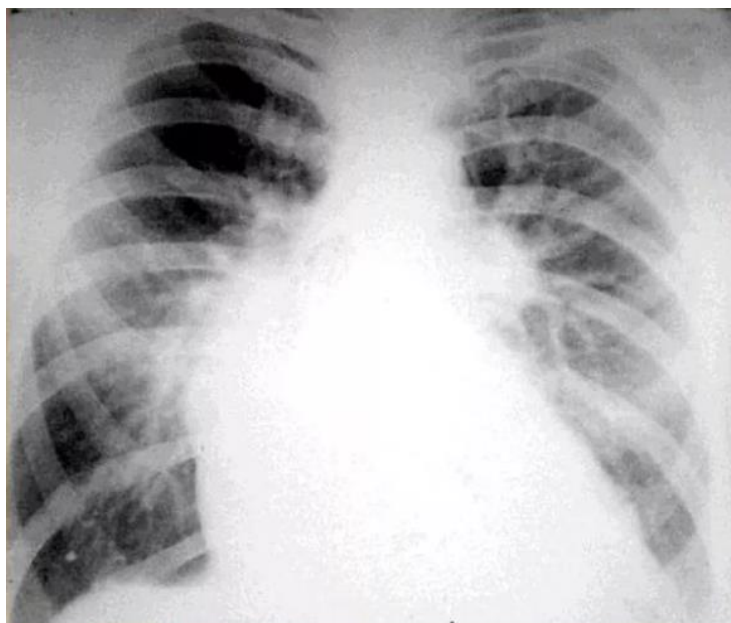


Рис.2. Рентгенологическое исследование трикуспидальной недостаточности. Форма сердца митральная. Есть увеличение всех полостей. Дебатируемое левое предсердие образует собственную пологую дугу на правом контуре сердца.

➤ ЭКГ;

Чаще всего изменения при этом виде диагностики не наблюдаются, присущих только этому пороку. Однако чаще, чем при каком-либо другом пороке, наблюдаются признаки гипертрофии правого предсердия, и часто неполная блокада правой ножки пучка Гиса; выделяют фибрилляцию предсердий:

- 1) увеличенная амплитуда положительной фазы зубца Р в отведениях V1-2 с заостренной вершиной;
- 2) высокий и заостренный зубец Р в отведениях aVF, II и III. При дилатации правого предсердия отмечается увеличение времени внутреннего отклонения положительной фазы зубца Р в отведениях V1 (более 0,04 с). В дальнейшем может развиваться мерцательная аритмия. В случае синусового ритма на ЭКГ сохраняются признаки гипертрофии левого предсердия.

Изменения желудочкового комплекса ЭКГ:

- 1) низкая амплитуда комплекса QRS;
- 2) в грудных отведениях V1V2 комплекс QRS расщеплен типа qRs, или rSR';
- 3) в отведениях V5 – V6 появляется значительно увеличенный зу-бец S;
- 4) интервал S-T снижен, зубец Т двухфазный или отрицатель-ный в правых грудных отведениях, что отражает дилатацию правого желудочка.

В некоторых случаях ЭКГ выявляет либо признаки изолированной гипертрофии правого желудочка, либо признаки гипертрофии обоих желудочков. (Рис. 3.)

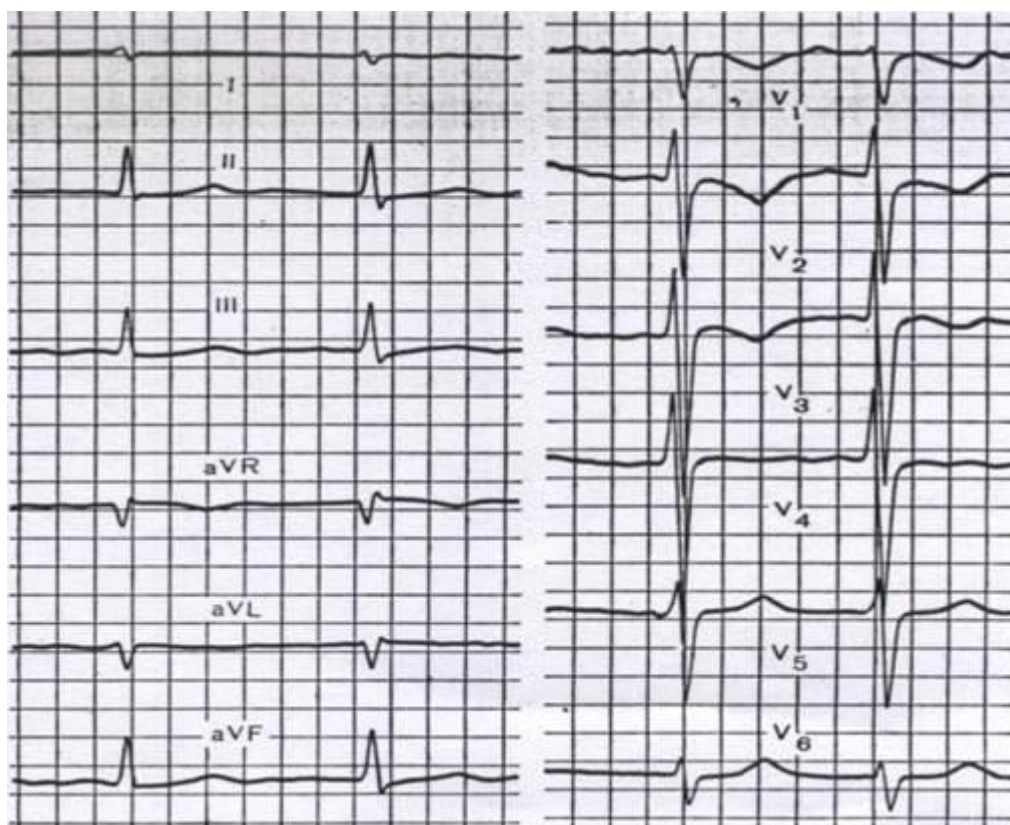


Рис. 3. ЭКГ трикуспидальной недостаточности.

➤ *Фонокардиограмма;*

При записи ФКГ в нижней части мечевидного отростка обнаруживается систолический шум, начинающийся сразу после I тона, звучание которого зависит от клапанного дефекта.

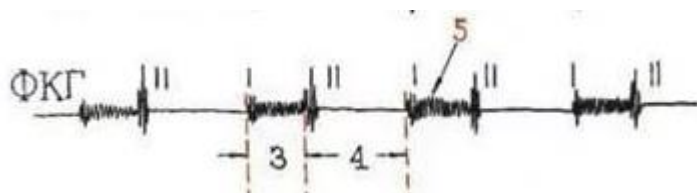


Рис.4. ФКГ трикуспидальной недостаточности. 1 – турбулентный ток крови, 2 – локализация шума, 3 – систола, 4 – диастола, 5 – лентовидный систолический шум.

- Катетеризация полостей сердца;

Это метод диагностики основан на введении в полости сердца катетеров и измерении давления в правом предсердии и правом желудочке. При недостаточности трехстворчатого клапана давление в правом предсердии становится практически таким же, как в правом желудочке.

➤ *Спиральная компьютерная томография (СКТ);*

При этом методе диагностики проводят серию рентгеновских снимков на разной глубине и магнитно-резонансную томографию (МРТ) при которой выстраивают цепочки воды при воздействии на тело человека сильных магнитов – позволяющая получить точное изображение сердца.

➤ *Коронарокардиография (ККГ);*

Диагностика, при которой в сосуды сердца и полости сердца вводятся красящее вещество, которое позволяет получить их точное изображение, а также оценить движение тока крови.

Этот метод проводится перед запланированным хирургическим лечением порока или при подозрении на наличие ишемической болезни сердца.

Сложность в выявлении трикуспидальной недостаточности заключается в том, что чаще всего он сочетается с другими пороками сердца. Особенно

сложно выявить с такими пороками, как митральный порок и трикуспидальный стеноз.

5. Лечение

Для начала нужно провести лечение основного заболевания, выявить причины недостаточности трикуспидального клапана.

Лечение собственно трикуспидальной недостаточности.

- Диета, при которой ограничено употребление поваренной соли до 3 г в сутки и жидкости до 1,0-1,2 л в сутки. Способствует уменьшить застой крови.
- Используют консервативную терапию, которая так же способствует уменьшению застоя крови в органах. Назначают препараты из следующих групп:
 - диуретики, способствуют выведению из организма избытка жидкости;
 - ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ – применяются для профилактики сердечной недостаточности);
 - нитраты, способствующие расширению сосудов, улучшают кровоток, снижают давление в сосудах легких;
 - препараты калия, способствуют улучшению состояния мышц сердца;
 - сердечные гликозиды. Они способствуют повышению силы сердечных сокращений, делают более редкими и ритмичными сокращения сердца.
- Хирургическое лечение недостаточности трехстворчатого клапана проводят только в условиях искусственного кровообращения, то есть перекачивает кровь в организме не сердце человека, а электрический насос.

Выделяют такие виды операций как:

- Пластические операции, направленные на сужение отверстия трехстворчатого клапана без влияния на него самого. Проводят данную операцию при II-III степени недостаточности трикуспидального клапана. Так же не должно наблюдаться выраженных изменений его створок.
- Аннулопластика, то есть пластики самого клапана:
 - шовная аннулопластика, характеризуется наложением П-образного шва на фиброзное кольцо. После затягивания шва диаметр отверстия составляет 3,5-4 мм;
 - полукружная аннулопластика, характеризуется наложением полукруглого шва на фиброзное кольцо на передней и задней створки трехстворчатого клапана. Шов завязывается до соприкосновения створок трехстворчатого клапана;
 - кольцевая аннулопластика с помощью вшивания опорного кольца у основания створок трехстворчатого клапана. Кольцо состоит из металлической основы, покрытой синтетической тканью.
- Протезирование трехстворчатого клапана выполняют только при грубых изменениях его створок или подклапанных структур, а также в случае неэффективности ранее проведенной пластики клапана. Выделяют два вида протезов:
 - биологические протезы, которые сделаны из аорты животных, то есть его самого крупного сосуда;
 - механические клапан, которые сделаны из специальных медицинских сплавов металлов.

После того как было произведено имплантирование механического протеза больным необходимо постоянно принимать препараты из группы антикоагулянтов такие препараты, которые снижают свертываемость крови, за счет

блокирования синтеза веществ печенью, необходимых для свертывания.

После имплантирования биологического протеза терапию антикоагулянтами проводят в течении 1-3 месяцев. После пластики клапана антикоагулянтная терапия не проводится.

Вывод

Недостаточность трехстворчатого клапана достаточно редкий и серьезный порок сердца. Его сложно выявить, так как он проявляется очень часто в сочетании с другими пороками сердца, такие как митральный порок и трикуспидальный стеноз. Нужно применять достаточно большое количество методов диагностики: ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологическое исследование, ФКГ, катетеризация полостей сердца и др.

Клинические проявления трикуспидальной недостаточности ведут к сильным осложнениям пациента, такие как: асцит, цирротические изменения печени, прогрессирующей недостаточности кровообращения, пневмонии и тромбоэмболических осложнений. Даже если в течение многих лет она хорошо переносилась им, может привести к летальному исходу. Лечение достаточно долгое и чаще всего сводиться к хирургическому вмешательству.

Список литературы

1. Сердечно-сосудистая хирургия. / под ред. Буравского В.И., Бокерия Л.А., М: Медицина, 2016г.
2. Литман И. Оперативная хирургия, Будапешт, 2015г.
3. Маколкин В.М., Приобретенные пороки сердца, М.: Медицина, 2010г.
4. Новиков В.И. Методика эхокардиографии, СПб, СПбМАМО, 2015г.