

ЛЕКЦИЯ N3 - 3

Кардиомиопатии /КМП/

Първични /идиопатични/ КМП

Вторични КМП – миокардити

Класификация:

1. Хистологичтна /на Ланг/

- миокардити
- миокардози

2. Етиологични

- исхемична болест на сърцето =атеросклеротична миокардиосклероза – диагнозата е ПА, а не рентгенова
- инфекциозни
- токсични, лъчеви
- неопластични
- идиопатични

Кардиомиопатии

3. Клинична

- остър
- хроничен

4. Хемодинамична

- конгестивна /дилатативна/
- хипертрофична
 - а/ обструктивна
 - б/ необструктивна
- рестриктивна /облитеративна/
 - а/ендокардна фиброза
 - б/ендокардна фиброеластоза на Loffler

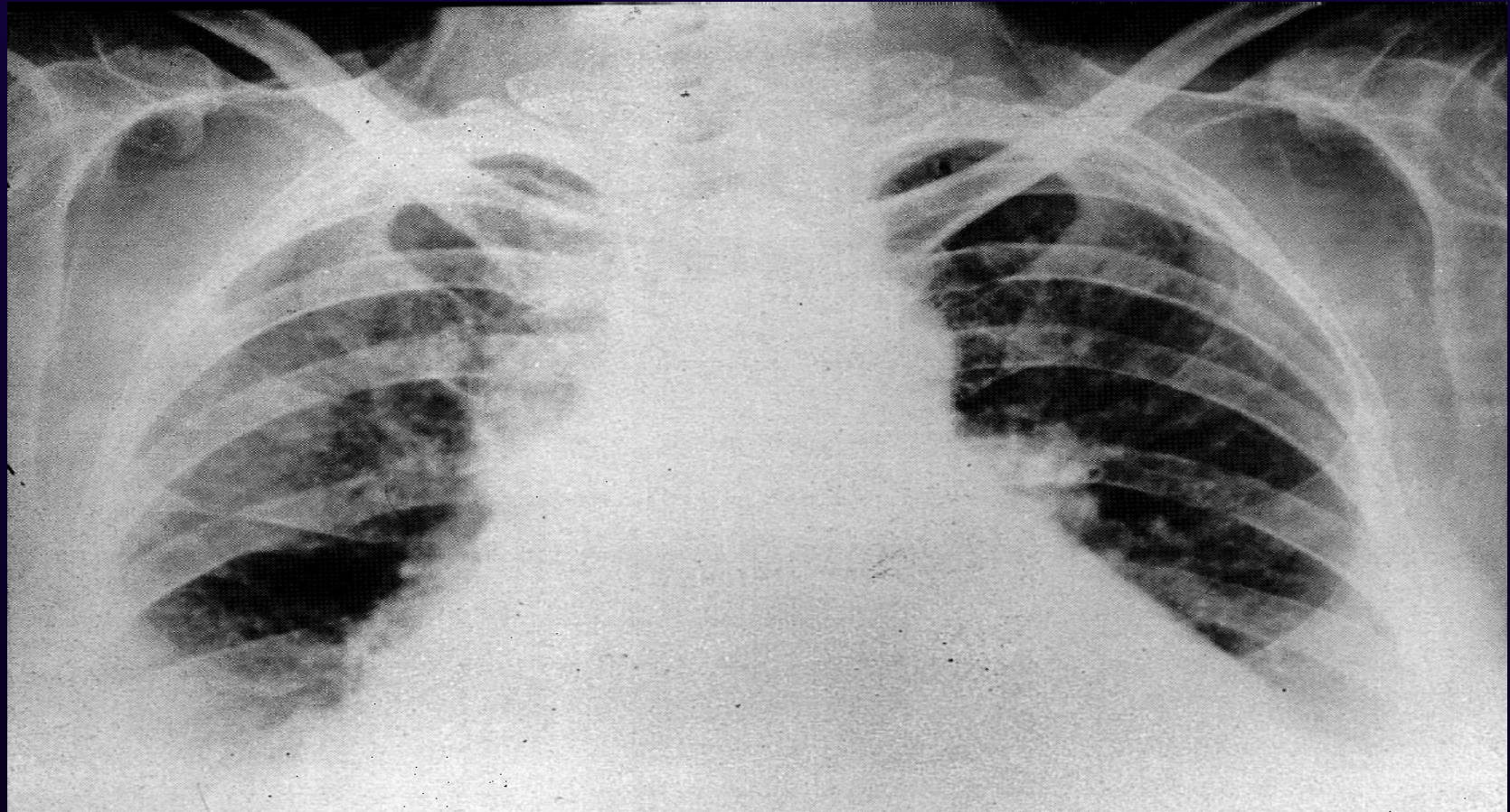
Кардиомиопатии

РЕНТГЕНОВ ОБРАЗ – миопатична

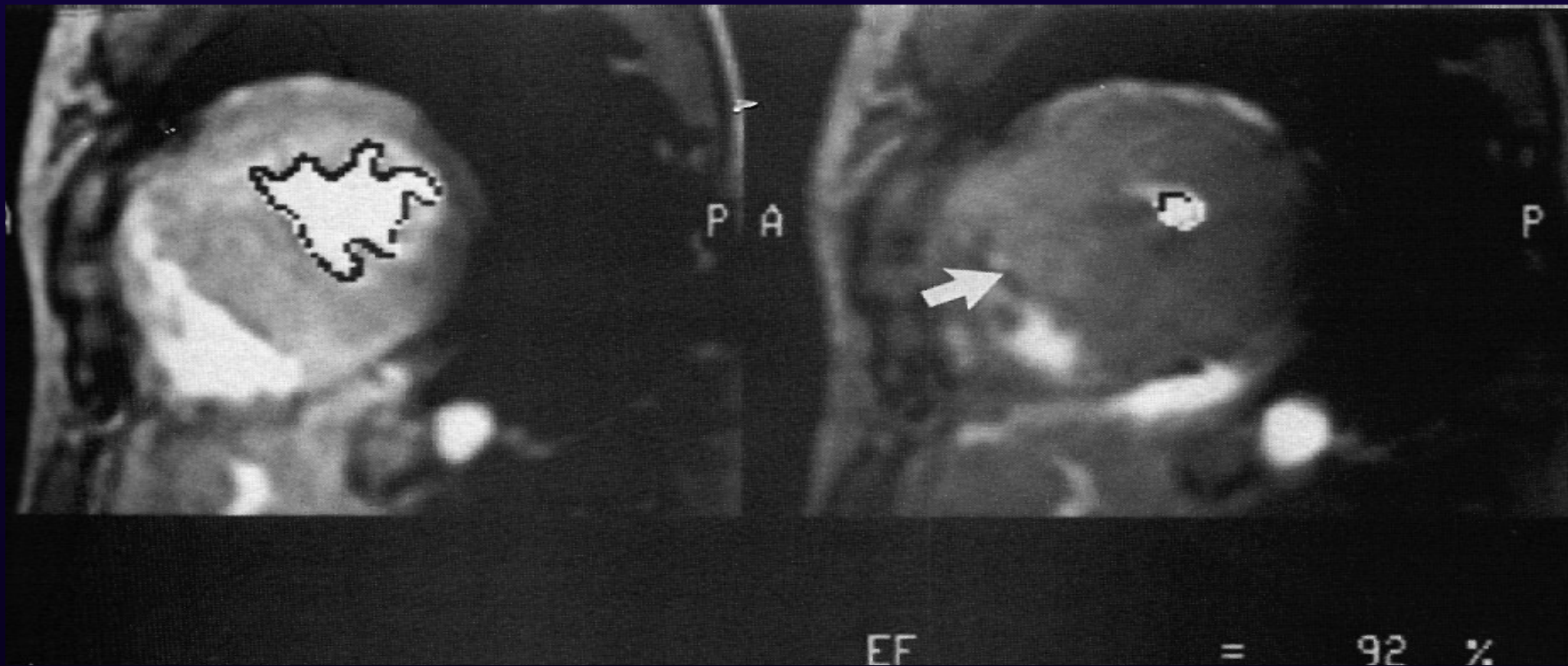
конфигурация – уголемена сърдечна сянка с намален сърдечен тонус /на широка основа/. Отслабени пулсации.

Различните причини водят до еднаква рентгенова симптоматика, поради което е невъзможно да се направи етиологична диагноза.

Миопатична конфигурация



Хипертрофична кардиомиопатия



Перикардити

Етиология: вируси, бактерии, туберкулоза, постинфарктен синдром /Dressler/, кардиотомии, травма, неоплазми, ревматизъм, колагенози, имплантиране на пейс-мейкър, микседем, уремия, хронична анемия, руптура на сърдечна аневризма или дисецираща аортна аневризма.

1. Pericarditis adhaesiva /адхезивен, констриктивен, “сух”/

Не е обект на рентгеновото изследване

Води до механично обусловена сърдечна недостатъчност

А/ *concretio pericardii*

Б/ *accretio pericardii /pleuropericarditis adhaesiva/*

В/ *pericarditis calculosa /calcificans/ s. calcificationes pericardii, “Panzer herz”*

2. Pericarditis exudativa /”влажен” перикардит/

Нормално съдържание на перикардна течност около 30 куб.см. Промяната на сърдечно-съдовата сянка е забележима, когато течността надхвърли 100 куб.см.

Рентгеноскопия – отслабени сърдечни пулсации при запазени съдови пулсации

Перикардити

Кимография – кимографските зъбци са с намалена амплитуда /еднакви по амплитуда по левия и десния сърдечен контур, тъй като течността провежда по-силните камерни пулсации/, заоблен връх, деформирани.

Рентгенография:

- Първоначално – кардиодиафрагмалните ъгли се запълват /първо левия, после десния/ и те стават тъпи.
- Впоследствие – общо уголемяване на сърцето със заличаване на границите между отделните сегменти.
- Краен етап – сърдечната сянка се удължава вертикално, кардио-диафрагмалните ъгли са отново остри /"coeur en sautoir"/. Скъсен съдов сноп. Голямо сърце, но липсва белодробен застой!

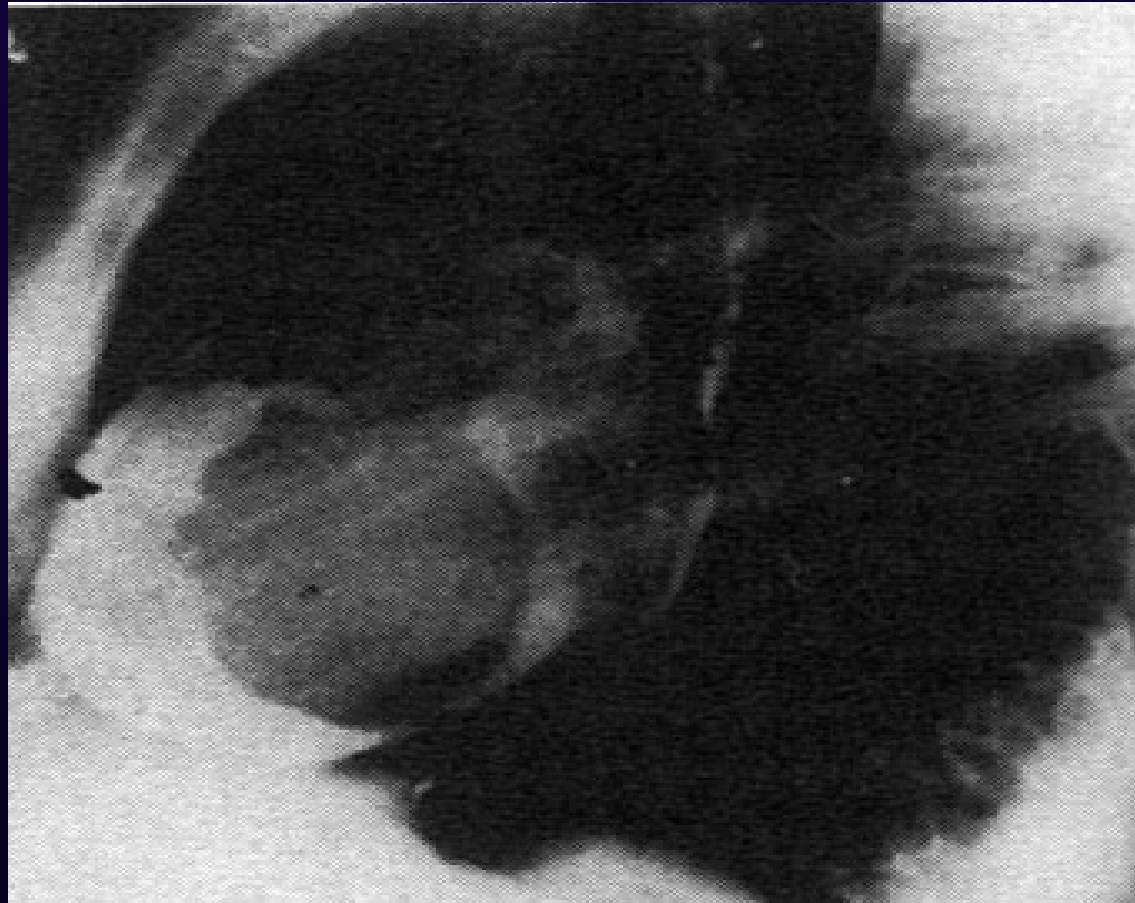
Хидропневмоперикард – след пункция на перикарден излив.

ДД с кардиомиопатия: при тях е налице венозен застой /"еленови рога"/, т.е. "подава си рогата". Съдовата сянка не е скъсена.

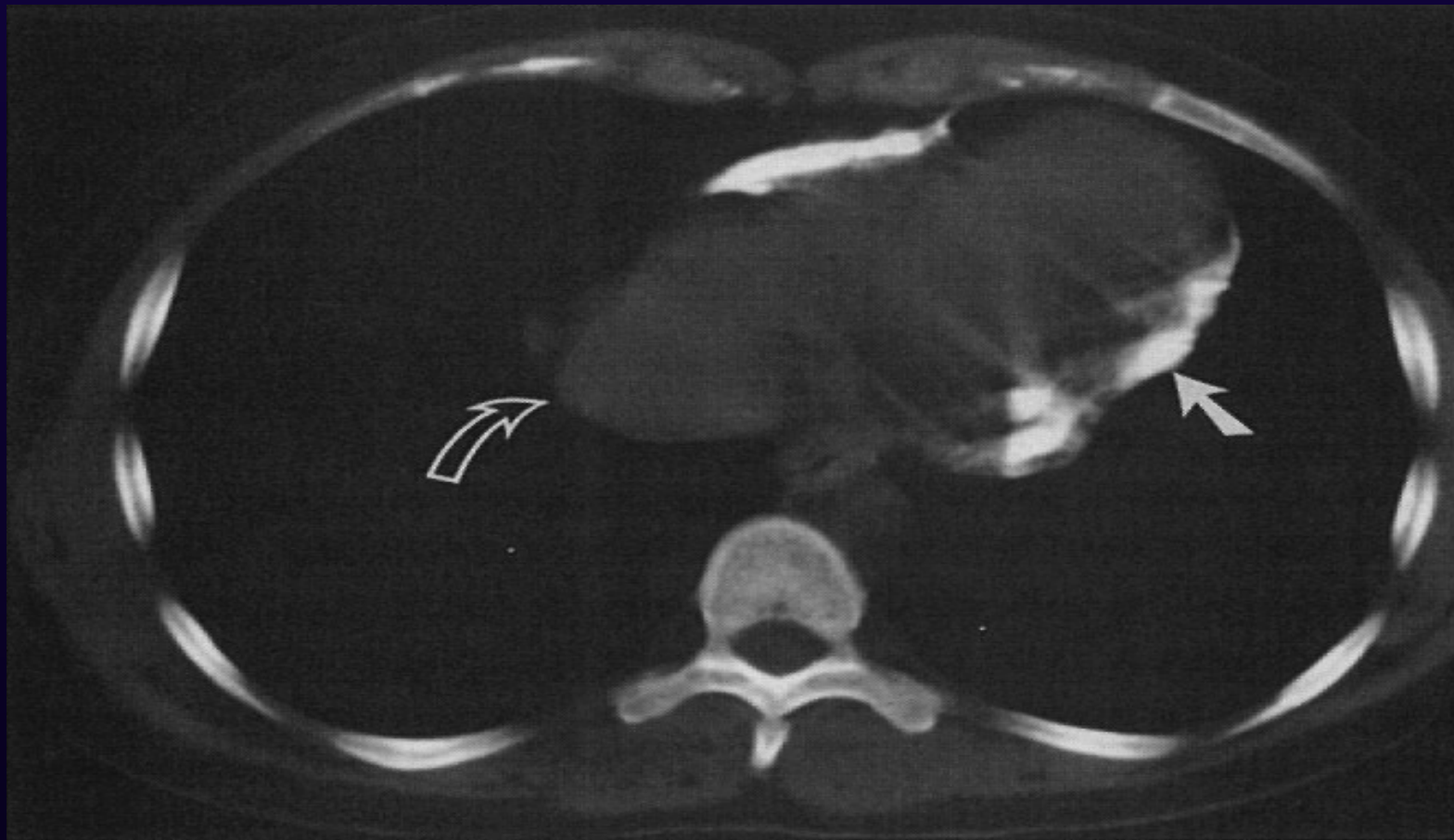
Ексудативен перикардит



Калцифициращ перикардит



Калцифициращ перикардит - СТ



Констриктивен перикардит - MRI



Атероматоза на аортата

Във връзка с възрастовите промени в организма аортата се удължава, разширява и уплътнява. На лицева рентгенография удължената и разширена аорта се проектира по дясното очертание на сърдечната сянка, като проминира над сянката на горната празна вена. Поради наличието на калциеви отлагания сянката на аортата е значително по-плътна. Понякога се откриват зърнисти или сърповидни сенки с калциева плътност, най-често в аортната дъга. Подобни промени могат да се открият и в абдоминалната аорта.

Аневризми на аортата

Аневризмата е изолирано пулсиращо разширение на аортната или артериалната стена.

Биват: вродени и придобити /дегенеративни заболявания - атеросклероза, аортити, травма, микози на съдовата стена и др./.

Според формата си биват: торбовидни, вретеновидни, цилиндрични и смесени.

Според локализацията си биват: на синусите на Valsalva, на възходящата част, на дъгата на аортата, на торакалната и абдоминална аорта.

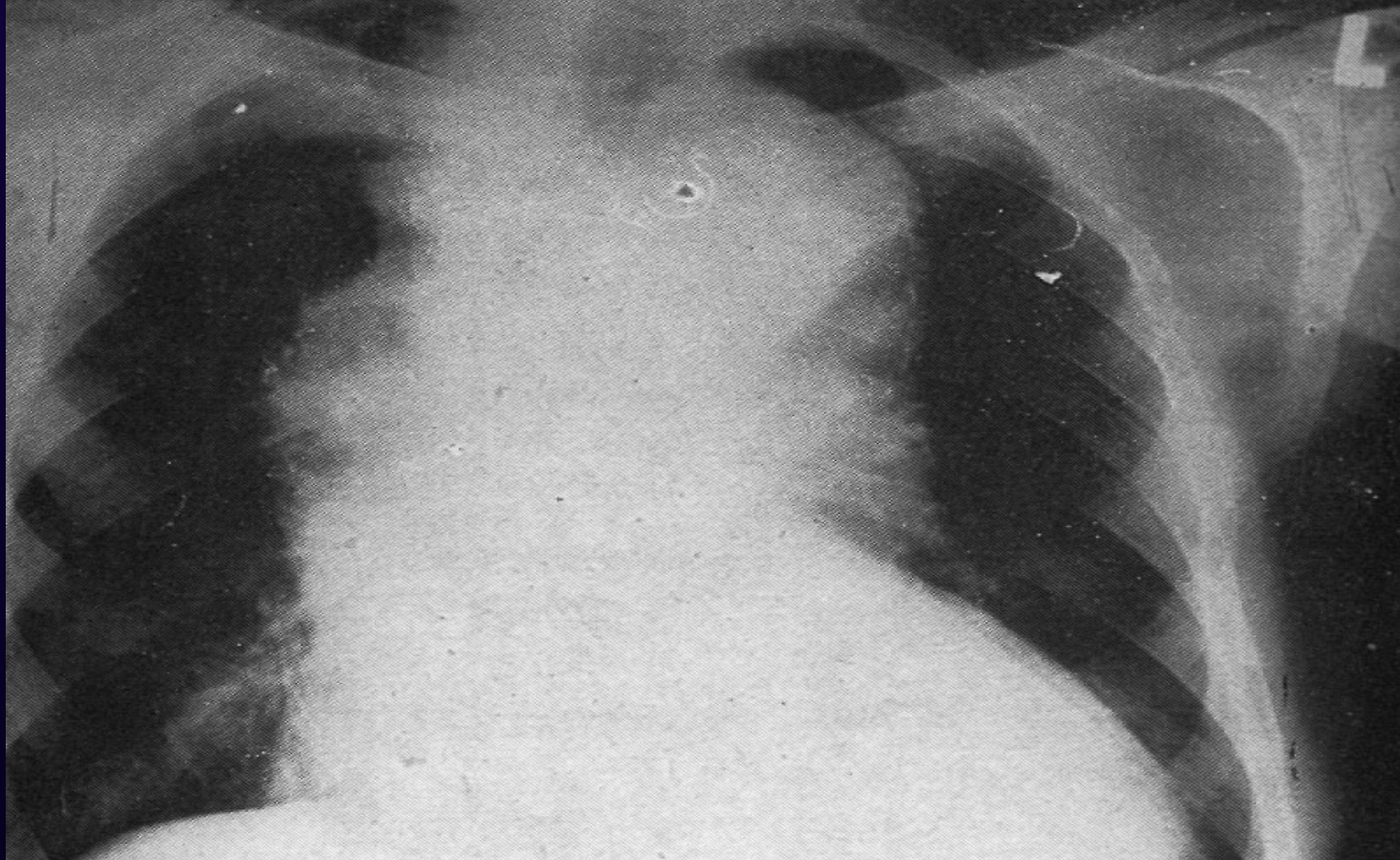
Според участието на слоевете на стената биват истински и лъжливи /аневризмалния сак е образуван не от съдовата стена, а от периваскуларна тъкан/. В зависимост от причината за образуването на лъжливите аневризми те биват травматични, анастомотични и микотични.

На обзорна рентгенография аневризмите на възходящата аорта дават окръглено изпъкване на десния контур на сърдечно-съдовия масив. Аневризмите на дъгата на аортата дават рентгенов образ на медиастинален тумор. Ехографията е ценен неинвазивен метод за преценка на степента на поражение. За оценка на възходящата аорта – трансезофагеална ехокардиография.

Аневризми на аортата

Аортографията се провежда само при клинична необходимост – когато хирургичното лечение влиза в съображение. Компютърната томография се оказва особено ефективна при доказване аневризмалните разширения на аортата, особено ако се комбинира с контрастно изследване на съдовете. Двата метода се допълват взаимно: СТ визуализира външния контур на аневризмата, а ангиографията очертава ясно вътрелуменни изменения – оформяне на вторичен лумен, изпълване с тромботични маси, фистулни ходове и т.н. По-безопасен метод е ДСА.

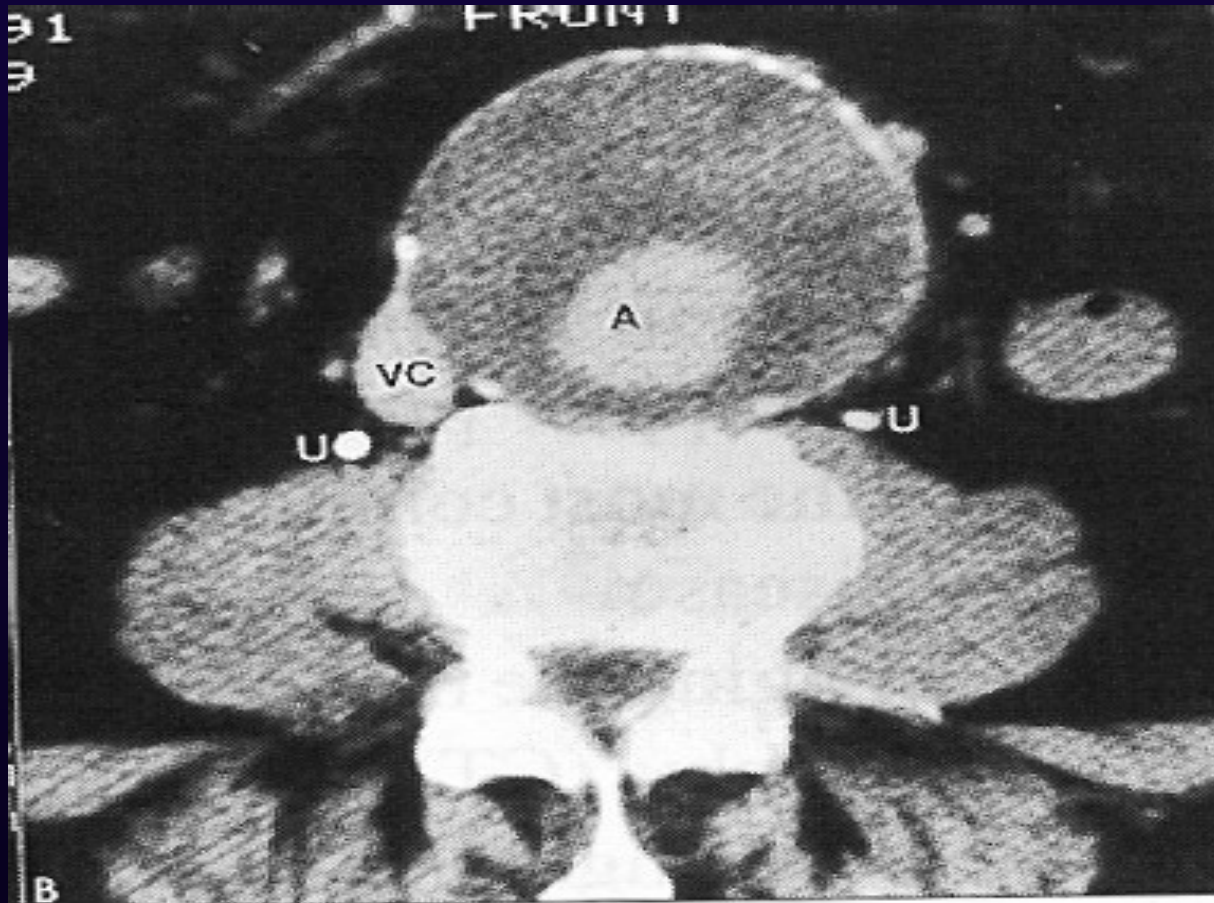
Аортна аневризма



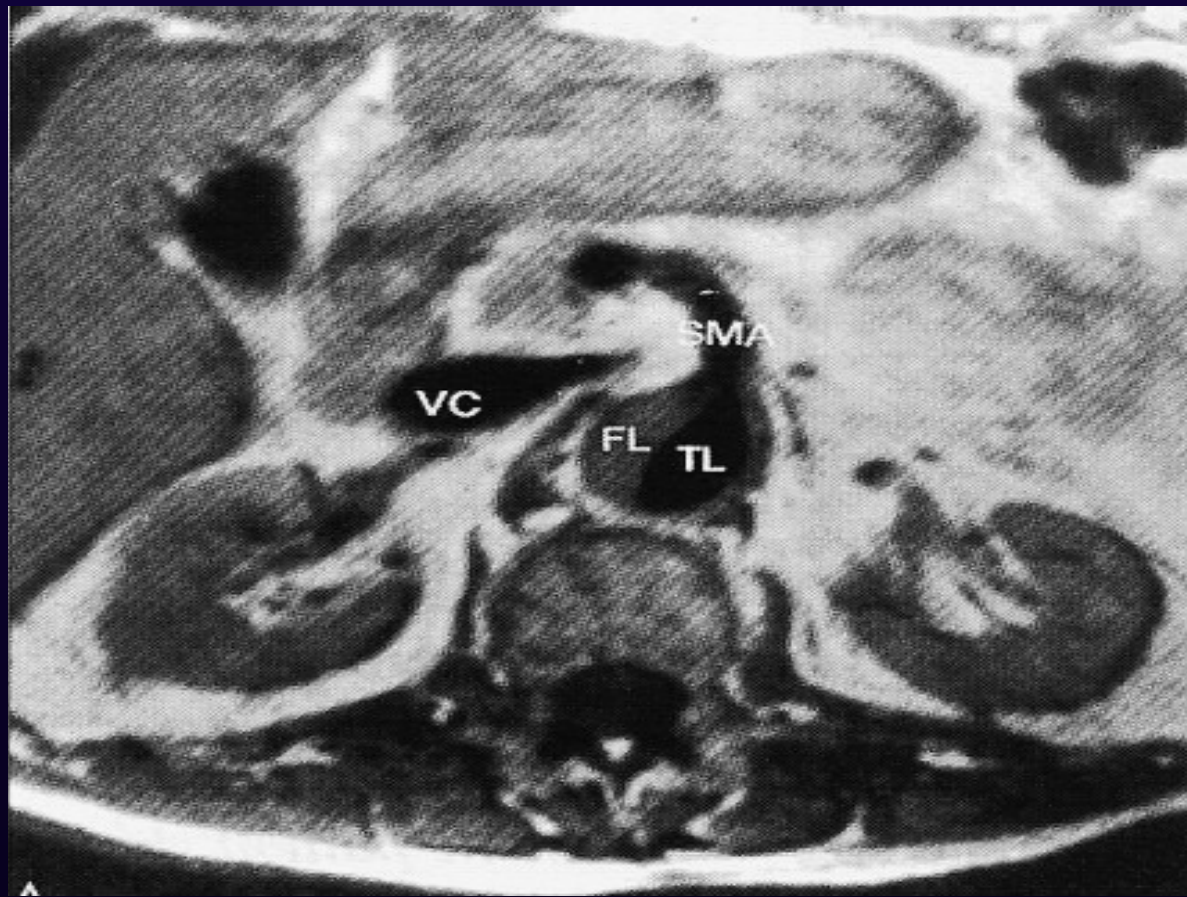
Аортна аневризма



Аортна аневризма



Аневризма - MRI



Аортна дисекация

Представява надлъжно разслояване на аортната стена, най-често между средния и вътрешния слой. Причините за дисекация: аортити, хипертония, бактериален ендокардит, микози, вродени заболявания, травми и инвазивно /ангиографично/ изследване.

Класификация по De Bakey:

I тип – обхваща аортата от клапата до низходящата част

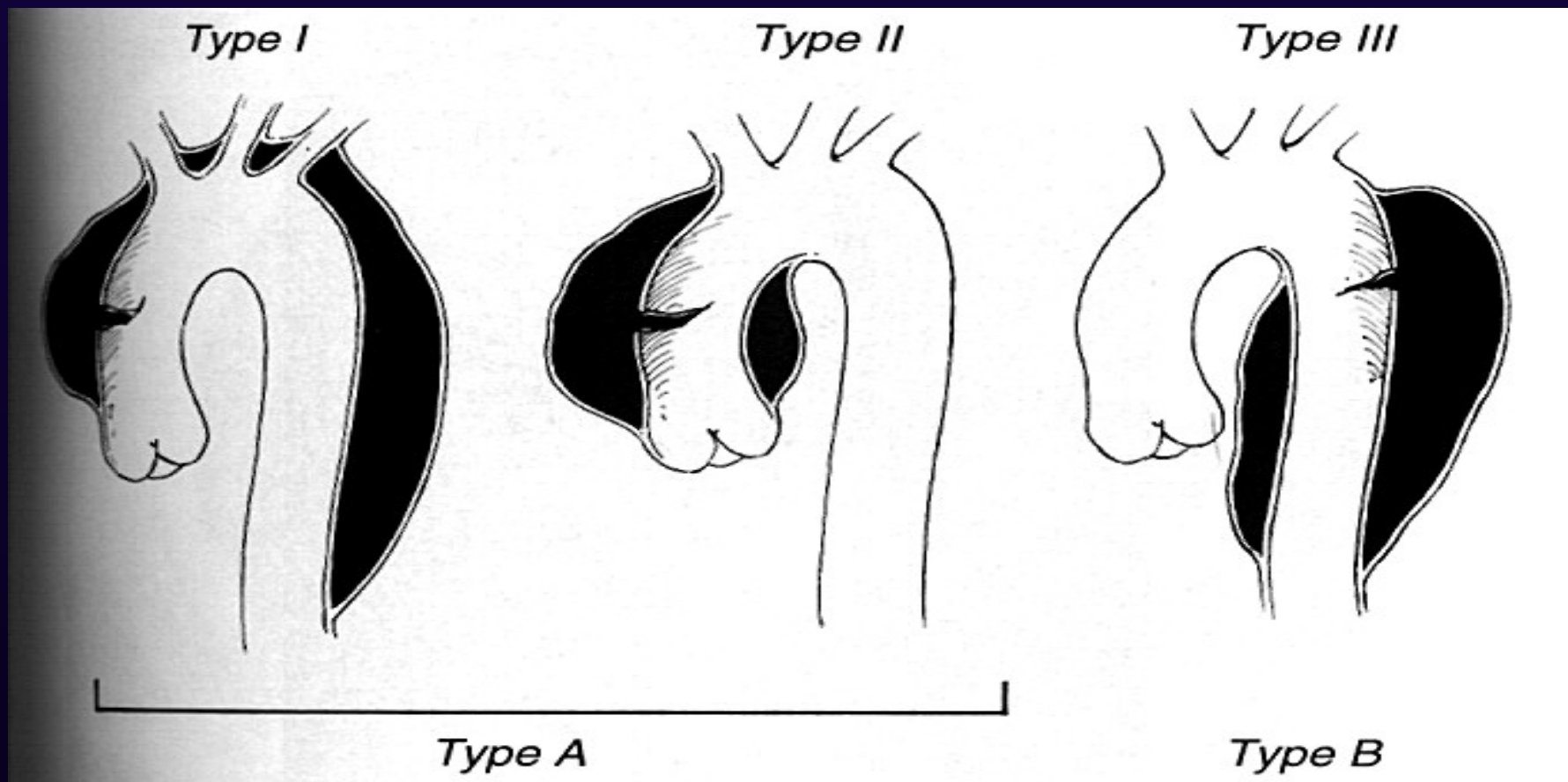
II тип – обхваща само възходящата аорта

III тип – само дистално от лявата подключична артерия

Клинично картината е драматична – силна, ирадираща болка.

Възвличането на изходящите от аортата артерии се демонстрира с клиничните белези на остра исхемия на съответните органи.

Аортна дисекация



Заболяване на белодробната артерия

Промените в белодробната артерия могат да бъдат вродени /често в комплекс на вродените сърдечни пороци/ или придобити – свързани с белодробните промени /васкулити, колагенози и др./

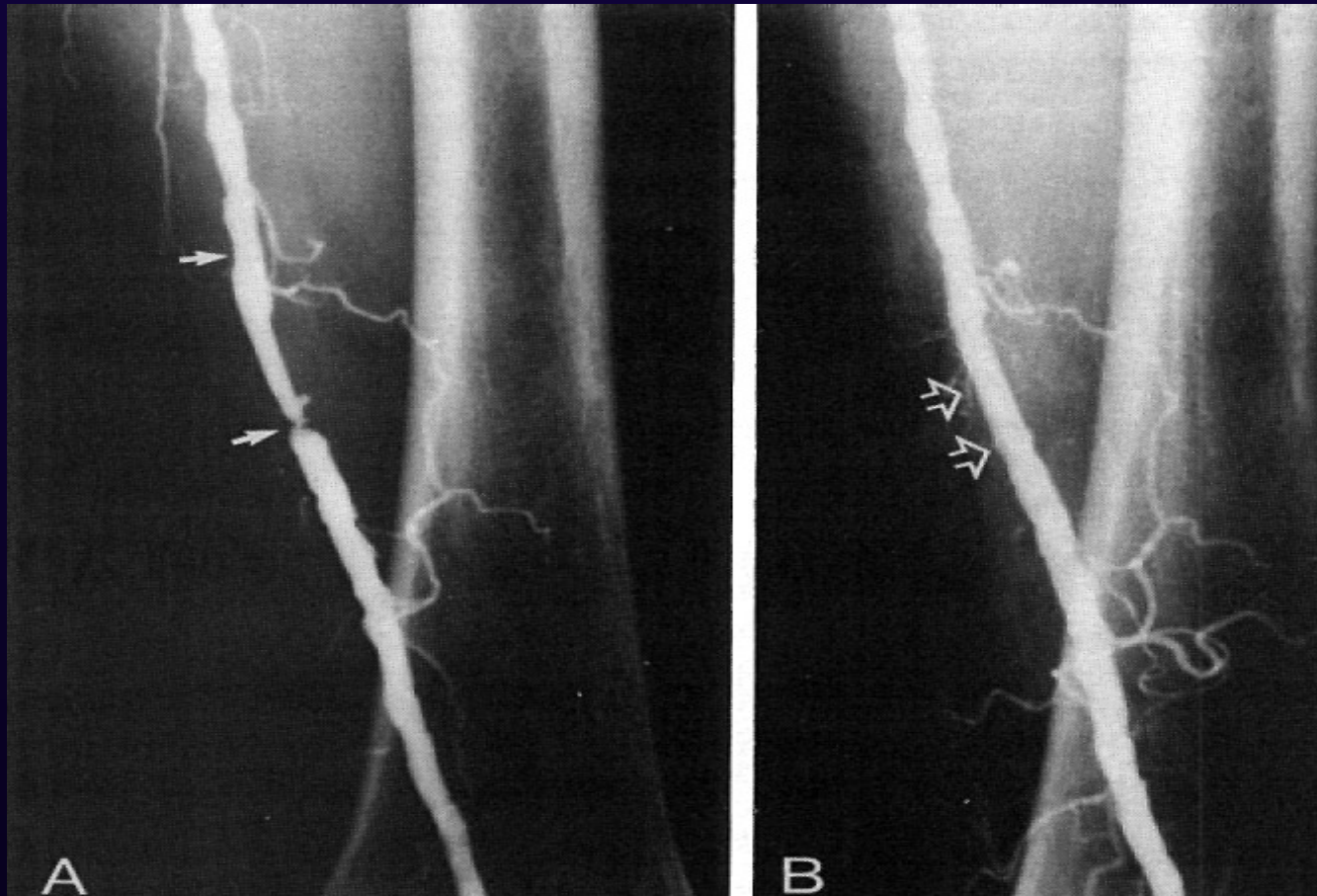
Диагностика – чрез ангиопулмография.

Заболяване на периферните съдове

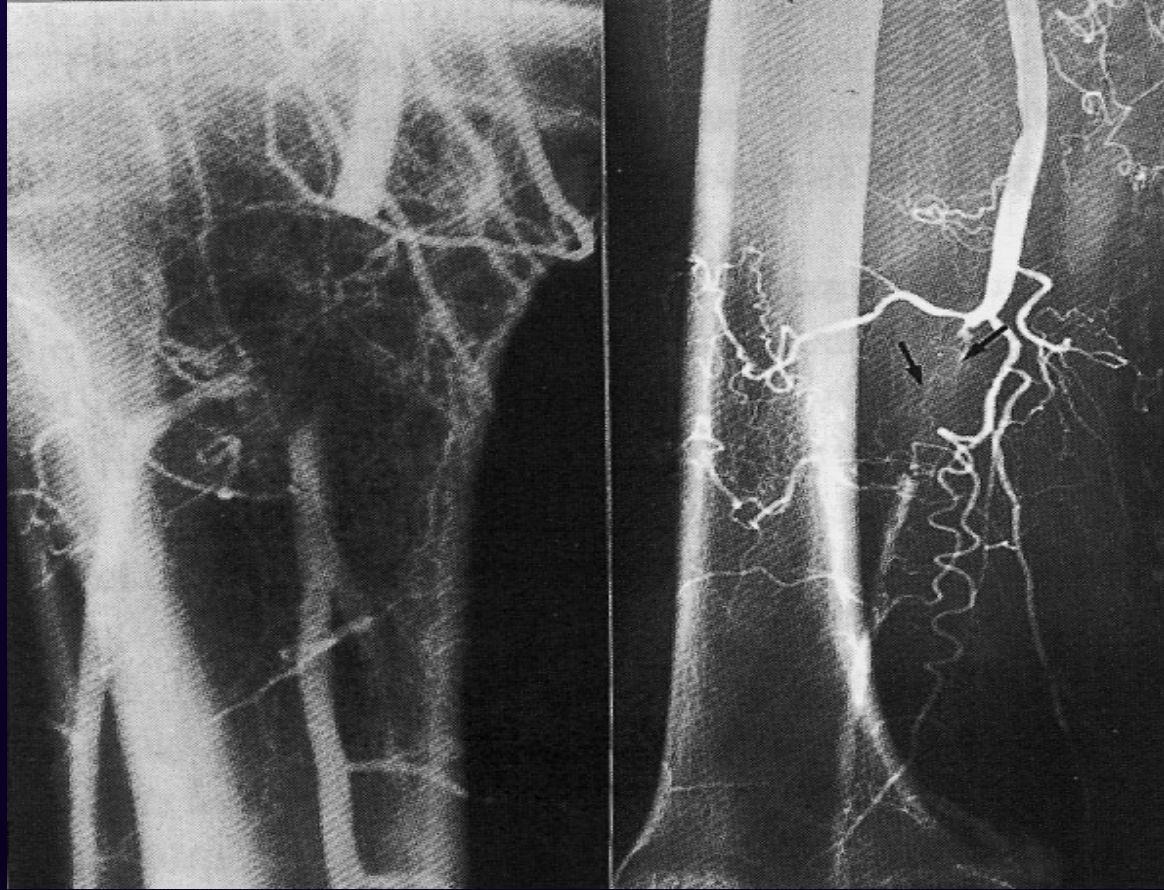
Заболяване на артериите

1. Атеросклероза – генерализирано дегенеративно заболяване, което ангажира големите и среднокалибрени съдове. При ангажиране на периферните съдове клинично – болки, чувство за студ, интермитентно куцане, трофични изменения. Липсват пулсации в съответната област. На обзорна рентгенография се изобразяват калциеви отложения в атеросклеротичните плаки по хода на съда. Ангиография – нагънати и неравномерно стеснени съдове до пълно прекъсване на лумена. Наличие на колатерална мрежа.
2. Тромбоза и емболия. Причини: сърдечни заболявания, смущения в кръвосъсирването, тромби в дясното предсърдие или венозната система при тромбофлебит, травми. Клинично – остър исхемичен синдром: побледняване на кожата, болка, изстиване на крайника, смущения във функцията и ограничаване на движенията, загуба на повърхностна и дълбока сетивност. При артериография се изобразява местоположението на ембола – рязко, дъговидно прекъсване на лумена на съда, без наличие на колатерали.

Атеросклероза



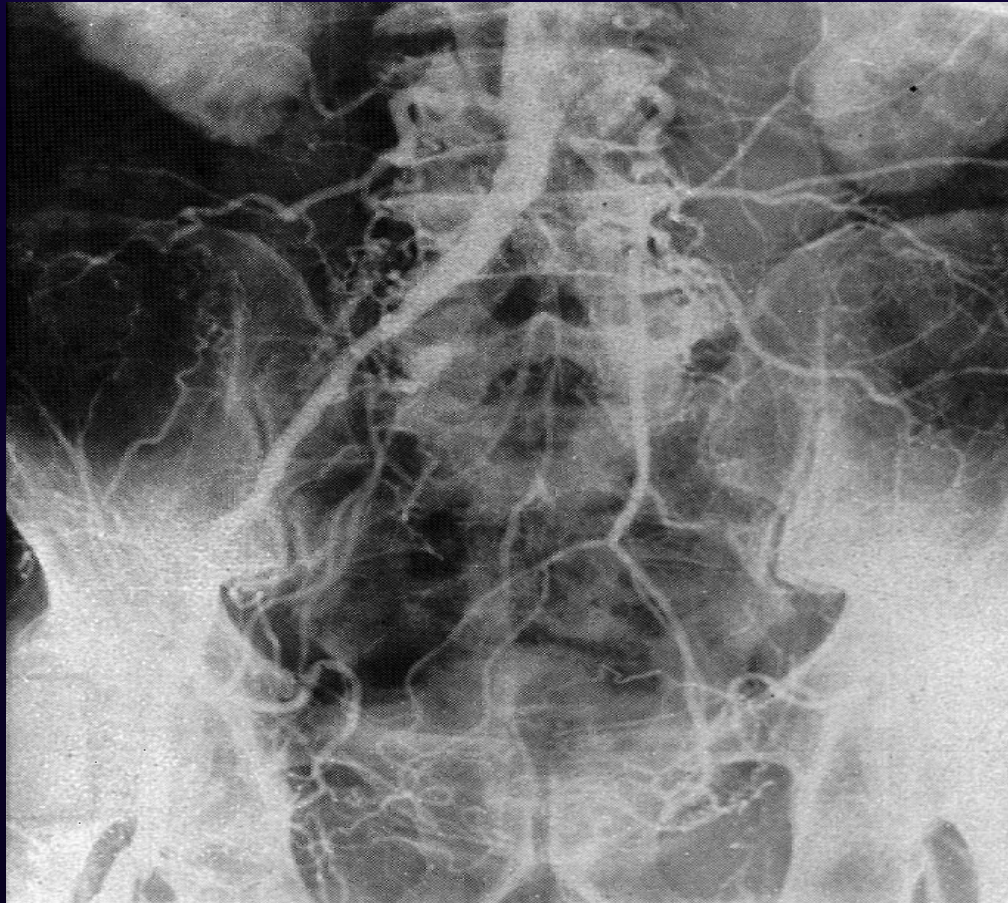
Тромбоза



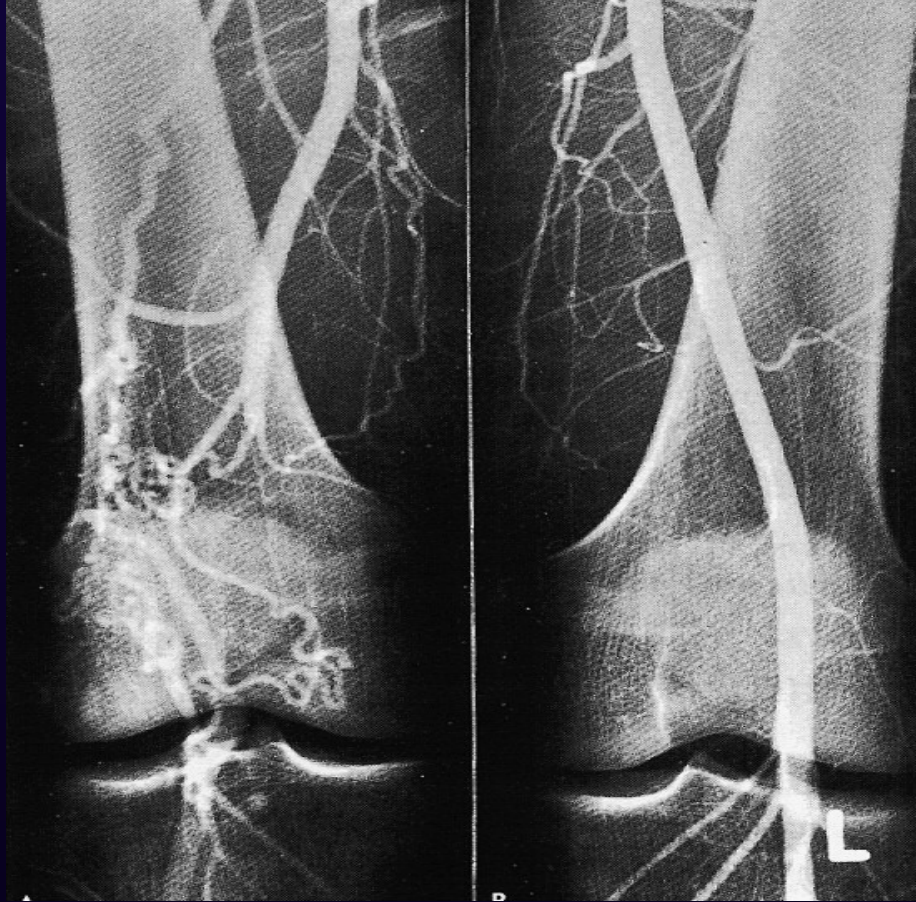
Заболяване на перферните съдове

3. Хронична артериална недостатъчност на крайниците /ХАНК/. Релативно често заболяване, което при жените обикновено пратица много по-леко. Наблюдава с в съдовете на горните и долни крайници, хронична тромбоза на бифуркацията на аортата /синдром на Lerisch/. Клинично се проявява със симптоми на исхемия на съответната област.
4. Облитериращ тромбангит /Endangitis obliterans; Buerger/. Генерализирано заболяване, което води до органично запушване на артериите. Могат да се засегнат всички съдове, но най-често процесът се локализира в долните крайници. Клинчно – болки, трофични промени, куцане при дълго ходене. Ангиография – неравномерно стеснение и запушване на лумена на съда при развитие на колатерална мрежа.

Синдром на Lericsh



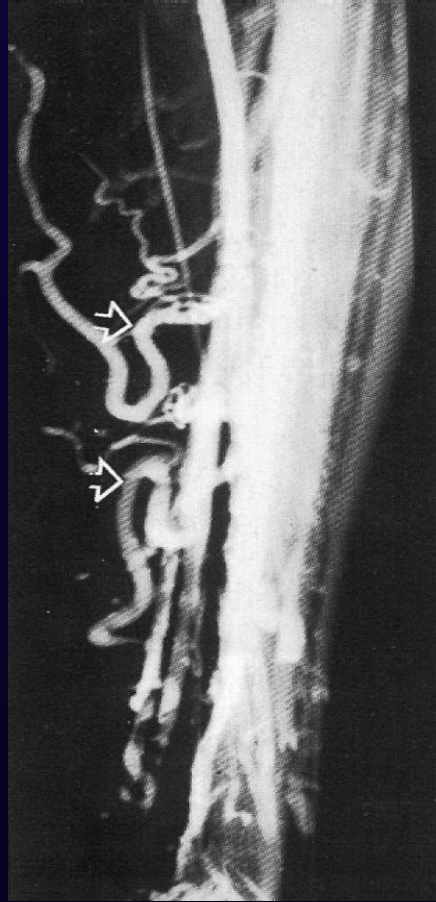
Buerger



Заболяване на венозните съдове

1. Варици. Представяват общо равномерно и трайно разширение на вените. Флебографски – разширени и удължени венозни съдове, с окръглени разширения от варикозните възли – наличие на колатерална мрежа.
2. Тромбофлебит – възпаление на интимата на венозния съд и образуване на тромби, които могат да доведат до пълно запушване на съда. Най-често обект на флебографско изследване е посттромбофлебитния синдром.
3. Синдром на горната и долна празна вена – тук се включват симптомокомплекси, дължащи се на остър или хроничен венозен застои на горната или долната празна вена. Причини: рак на белите дробове, медастинални процеси, травми, компресия от аневризми на асцендентната аорта, тумори на гръдната или коремна стена.

Варици



Постромбофлебитен синдром

