

## ТЮТОРСКО КОПИЕ

### КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

#### МИРА ДИМОВА

#### ВЪПРОСИ ЗА САМОПОДГОТОВКА:

##### **А**

1. Устройство на предсърдията и камерите
2. Строеж на сърдечната стена
3. Топография и рентгенова анатомия на сърцето

##### **Ф**

4. Функционална морфология на миокарда. Възбудно-проводна система – физиологични особености, автоматия
5. Сърдечен цикъл. Налягане в предсърдията и камерата по време на сърдечния цикъл. Клапен апарат. Сърдечни тонове
6. Ударен и минутен обем на сърцето

##### **Бх**

7. Основи на биохимичната енергетика. Дихателна верига на биологичното окисление. Гликолиза.

**Митралната стеноза** е стеснение отвора на митралната клапа по време на диастола, което затруднява изпразването на лявото предсърдие и намалява минутния обем на лявата камера. Нормално площта на митралния отвор е от 4-6 cm<sup>2</sup>. При митрална стеноза тази площ е под 3 cm<sup>2</sup>.

Митралната стеноза има ревматична етиология. Налице е при 40-60% от болните с клапни сърдечни пороци. Около 2 години след прекаран ревматичен валвулит на митралната клапа възникват фиброзни изменения, които следват комисурите, уплътняват платната, получават се деформации, в които се включват и хордите на папиларните мускули. Леките митрални стенози са с площ до 2.5 cm<sup>2</sup>, средностепенните – от 2.5 – 1, а тежките – под 1 cm<sup>2</sup>.

Повишеното налягане в лявото предсърдие повишава налягането в белодробните вени с последваща хипертония в белодробните капиляри. Когато това налягане надхвърли онкотичното налягане на кръвта /30-33 mm/Hg/, в интерстициума и по-късно в белодробните алвеоли възниква плазморея – субстратът на кардиалната астма и белодробния оток. Създава се т.нар. “втора бариера” /”първата бариера” – стеснението на митралното отворище/, което означава по-високо налягане в белодробната артерия от това в белодробните капиляри.

Митралната стеноза е прогресивно заболяване. Тя се оформя след около 2 години от първия ревматичен пристъп и се изявява след 10-20 год. с леки оплаквания, характерни за II стадий. След 5-10 год. оплакванията нарастват /III стадий/. След средно 5-7 год. болните трайно загубват трудоспособността си /IV стадий/. Темпът на процеса зависи от броя и тежестта на ревматичните рецидиви, появата на предсърдно мъждене, тромбоемболичните инциденти, степента на застойната сърдечна недостатъчност и вметнатите усложнения.

## **СТАДИИ НА МИТРАЛНАТА СТЕНОЗА**

**I стадий:** Болният няма оплаквания и намаление на физическия капацитет и при значителни усилия. Налягането в лявото предсърдие, белодробните вени и в белодробната артерия е нормално и при физически усилия.

**II стадий:** Болните в покой няма оплаквания, но при физически усилия възникват лесна умора, задух и кашлица. При значително обременяване може да се разгърне картина на кардиална астма и белодробен оток. Липсва дяснокамерна недостатъчност.

**III стадий:** Значително изразена умора и задух при малки физически усилия, намалена трудоспособност, трайно повишение на налягането в белодробната артерия с дяснокамерна недостатъчност. Има хепатомегалия, която се поддава на лечение.

**IV стадий:** Изразен задух и в покой с трайна хепатомегалия, отоци по долните крайници и често асцит в резултат на дяснокамерна сърдечна декомпенсация, често с трикуспидална инсуфициенция.

**V стадий:** Тежка сърдечна декомпенсация в дистрофичен стадий с пневмосклероза, чернодробна цирроза, асцит и маразм.

### ***Сърдечна недостатъчност***

#### **Диастолна – механична пречка на камерното пълнене (лявокамерна)**

Основните клинични симптоми на сърдечната недостатъчност от страна на белите дробове са: задух, лесна умора при физически усилия, ортопнея, пароксизмален нощен задух (кардиална астма), задух в покой, остър белодробен оток, кашлица, хемоптоеза, застойни влажни и сухи хрипове, рентгенови данни за пулмонална венозна хипертония. Задухът се дължи на пулмоналната венозна хипертония с белодробен застой, интерстициален и/или алвеоларен белодробен оток. Градира се в 5 степени: задух при физическо усилие, ортопнея, пристъпен задух (кардиална астма), задух в покой, остър белодробен оток. Задухът при сърдечна недостатъчност се характеризира с ускорено и повърхностно дишане (тахидиспнея) и се придружава от други прояви на белодробния застой и сърдечното заболяване.

**Пристъпният нощен задух (кардиална астма) е една от най-характерните прояви на сърдечната недостатъчност при митрална стеноза.** Белодробният оток е най-изразената и тежка форма на задух – резултат на алвеоларната трансудация. Често се придружава от кашлица с голямо количество пенести или кърваво обогрени храчки.

**Задухът по време на физическо усилие и в покой и ортопнеята са клиничен израз на белодробен венозен и капилярен застой. Пристъпният нощен задух е израз на интерстициален застой.** За разлика от кашлицата при белодробни заболявания, кашлицата при сърдечната недостатъчност намалява или спира при преминаване от легнало в седнало или изправено положение.

#### **Лечение:**

Основни принципи на лечение са: лечение и профилактика на ревматичните рецидиви, адекватен режим на физическо обременяване, правилна професионална ориентировка, навременно трудоустройство и пенсиониране, лечение на настъпилите усложнения и навременно оперативно лечение.

Болните с хронично предсърдно мъждене подлежат на хронично дигитализиране за осигуряване на нормофреквентна сърдечна честота. При

митралните стенози синусовият ритъм се възстановява след оперативното лечение.

Оперативното лечение е показано при болни в стадите II, III и IV. Оперативните методи при митралната стеноза: комисуротомия при затворено сърце, комисуротомия под непосредствен визуален контрол при отворено сърце и протезиране на митралната клапа с механична или биологична протеза. Митралната комисуротомия е палиативна операция и е особено непълноценна когато корекцията е непълна. По правило след 10-15 г. настъпва рестеноза, изискваща реоперация с протезиране на митралната клапа. Около 80% от оперираните болни с протезата на Bjork – Shiley преживяват до 5 години, а от неоперираните – 57%. Оперираните болни за митрална стеноза редовно и компетентно се проследяват да са с адекватно физическо обременяване, да получават системно антикоагуланти, а при необходимост и др. медикаменти (кардиотоници, диуретици), като никога не трябва да се забравя, че те продължават да са сърдечно болни.