



אקו לב (רגיל - מעל בית החזה)

הכנות לבדיקת אקו דרך הושט-

1. מומלצת הגעה עם מכנסיים וחולצה ולא עם שמלה.
2. יש להגיע בצום של 6 שעות.
3. יש להוציא שיניים תותבות
4. אסור לנהוג לאחר הבדיקה! יש לדאוג לליווי.

מהלך הבדיקה-

הצוות המטפל ירכיב עירוי דרכו מקבלים חומר טשטוש צינור הבדיקה מוחדר לגרון לאחר קבלת ספריי מאלחש לגרון. נדרשת שיתוף פעולה מסוימת בבליעת הצינור. הבדיקה עצמה נמשכת כ- רבע שעה. לאחר הבדיקה משך זמן ההתאוששות הוא בין שעה לשעתיים.

רקע על הבדיקה :

תפקוד החדר השמאלי – זהו אחד המדדים החשובים ביותר לפרוגנוזה של החולה. רואים בעיניים (וניתן גם לחשב) את תפקוד החדר השמאלי ואת תפוקתו. ניתן למדוד את גודלו, ואפשר לראות אילו אזורים בחדר פגומים. לדוגמא, לאחר אוטם בחלקו התחתון של החדר השמאלי, אזור זה לא יתכווץ טוב (היפוקינטיה), או לא יתכווץ כלל (אקינטיה). כנ"ל, אם האוטם היה בדופן הקדמית – אותו אזור יהיה היפוקינטי או אקינטי. האקו יראה לנו כמה גדול אותו אזור – אוטם גדול יגרום לפגיעה ניכרת ורחבה בחדר השמאלי, ואילו אוטם קטן יגרום לנזק קטן יותר. אפשר לראות את המבנה האנטומי של החדר, אם קיימת מפרצת (אנאוריזמה – התרחבות ממוקמת של החדר), ואם יש בתוכה קריש דם. אפשר לראות אם הקריש נייד ורך או אם הוא ישן וצמוד היטב לדופן.

באקו אפשר לראות ולהתייחס לתפקוד הגלובלי של החדר – לדוגמא בקרדיומיופטיה (מחלה ראשונית של שריר הלב), כל החדר השמאלי ולעיתים גם החדר הימני יהיו מורחבים והתכווצותם ירודה, זאת להבדיל מהפרעת התכווצות סגמנטרית (אזורית), האופיינית להתקף לב. וכמובן, אפשר (וצריך) להשוות לממצאים מבדיקה קודמת. לדוגמא, אצל חלק מחולי המסתמים, הרחבה הדרגתית (בהשוואה לבדיקה קודמת – אם קיימת) של החדר מעבר לגבול מסוים תחייב ניתוח ואילו אצל חולה אחר עם אותה בעיה במסתם ועם חדר שמאלי תקין – לא יהיה צורך להתערב כלל. וכמובן אפשר לראות את המסתם עצמו, האם הוא מוצר, באיזו מידה, וכן אם ההיצרות החמירה במשך הזמן.

אקו לב יראה אם החדר מעובה (היפרטרופיה, hypertrophy), מדד בעל חשיבות עליונה אצל חולי יתר לחץ דם. עיבוי החדר אצל חולים אלו מציין מחלה ממושכת וערכי לחץ דם לא מאוזנים, וממצא זה מהווה גורם סיכון גבוה לסיבוכים כדוגמת אירוע מוחי (שבץ) ואוטם שריר הלב.

תפקוד החדר הימני – לרב, החדר הימני לא נפגע מאוטם שריר הלב. אוטם המערב את החדר הימני בהחלט קיים אך זהו מצב פחות שכיח ובדרך כלל החדר הימני מתאושש מהר יחסית. מאידך, קיימות מחלות מסוימות בהן, באופן טיפוסי, רק החדר הימני מתרחב וכושל. לרב, מדובר במחלת ריאות משנית לעישון כבד, מחלות ריאה ראשוניות או מומי לב שונים. החדר הימני דוחף לריאות דם ורידי בלחץ נמוך. כאשר הריאות וכלי הדם שלהן חולים, התנגדות לזרימת הדם הריאתית עולה, והחדר הימני "מרגיש" מולו לחץ מוגבר (יתר לחץ דם ריאתי או pulmonary hypertension). לחץ ריאתי מוגבר יוביל לעיבוי ובהמשך גם להרחבה וכישלון החדר הימני. באקו לב נראה חדר ימני מורחב עם התכווצות ירודה. חישובי דופלר (מהירויות זרימת הדם) מורכבים יציינו את הלחצים בעורק הריאה ובחדר הימני. חלקם של מומי הלב המולדים עלולים לגרום לעומס נפח ולחץ על חדר ימין. מבין בדיקות ההדמיה השונות, אקו לב היא היעילה ביותר למעקב ואבחון מומים אלו.

העליות – הממד החשוב ביותר המופק מאקו לב לגבי העליות (ימנית ושמאלית) הוא גודלן. הרחבה של העליות נובעת בעיקר בגלל לחץ גבוה "במורד הזרם" - בחדרים. מה שלא תהא הסיבה לעליית הלחץ בחדרים, בסופו של דבר, הדבר עלול לגרום להגדלה של העליות. עליות גדולות קשורות בהפרעות קצב

ובעיקר פרפור ופרופרו פרזודורים, סבירות גבוה יותר לקרישי דם בתוכן (ובעיקר בעליה השמאלית) – דבר החושף את החולים לסכנת תסחיפים שיכולים להסתים במאורעות מוחיים (CVA או stroke).



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה

The BARUCH PADEH Medical Center, Poriya

גידולים, קרישים ומומים - אקו לב יכול להדגים גידולים שונים, כגון מיומות (myoma), בתוך העליות - מצב לא שכיח אך גם לא מאוד נדיר; וכן מומים מולדים "וחורים" במחיצה שבין העליות ואו החדרים.

המסתמים - אם באמת התרחשה מהפיכה אמיתית ברפואת המסתמים, זה ללא צל של ספק בגלל האקו. לפני עידן האקו אבחון בעיות במסתמים היה מתבצע רק על סמך הקשבה לקולות הלב, לאושות טיפוסיות וניתוח תלונות החולה. אפשר היה רק לנחש את מידת ההיצרות והדליפות של המסתמים השונים. גם היום מקשיבים ללב, אבל האקו העלה אותנו ל"ליגה אחרת" הן מבחינת דיוק האבחון, והן ביכולת האבחון המוקדם של מחלות מסתמיות. אקו לב, בשילוב עם חישובי דופלר והדגמת צבע של זרימת הדם בחללי הלב, מאפשר בקלות יחסית חישוב מדויק של חומרת ההיצרות והדליפות של המסתמים השונים. על סמך ממצאי האקו בלבד שולחים היום חולים לניתוח לתיקון או החלפת המסתמים.

העורקים הגדולים - אלו הם העורק הריאתי (היוצא מהחדר הימני ומוביל דם ורידי לראות), ואבי העורקים (היוצא מהחדר השמאלי ומוביל דם מחומצן לגוף). באקו ניתן לראות את האנטומיה של העורקים האלו, את רוחבם ואת עובי דופןותיהם. יש מחלות בהן העורקים האלו מורחבים (אנאוריזמה). נכון הדבר בעיקר לגבי אבי העורקים שלעיתים לא נדירות חולה ומורחב.

מגבלות האקו - אחת המגבלות היותר קשות בבדיקה זו הוא דופן בית החזה. אצל חלק מהנבדקים בית החזה עבה מאוד, וזה מפריע לאקו "לראות" את הלב. אצל חולים הסובלים מנפחת (אמפיזמה), חלקי ריאה נמצאים בין הלב לדופן בית החזה. מצב זה מקשה מאוד על מעבר גלי הקול. במקרים אלו, כמות האינפורמציה המופקת עלולה להיות בלתי מספקת.

מגבלה נוספת נובעת מכך שחלק גדול מהאינפורמציה נבדקת ומתוארת מילולית על ידי אדם - טכנאי או רופא. חלק רב מהנתונים המצוינים בתשובות האקו הם סמי-קואנטיטטיביים (לא מספרים מוחלטים, אלא תאור חצי-כמותי). אצל בודק פלוני הזרימה או ההיצרות היא "קשה" ואצל רופא אחר "בינונית". יתרה מכך, לפעמים חולים מגיעים לבדיקות אקו בשלבי מחלה שונים - נניח אצל חולה בבצקת ראות חריפה, האקו יראה את הלב, העורקים הגדולים והמסתמים כפי שהם באותו רגע ובאותו מצב של עודף נוזלים והפרת איזון; בעוד שאקו אצל אותו חולה מספר שבועות מאוחר יותר, לאחר טיפול ואיזון אופטימאליים, יכול להראות ממצאים חמורים פחות.

אקו דרך הושט

כדי להתגבר על המגבלה המשמעותית ביותר של האקו "הרגיל" - דופן בית החזה והמרחק שבין המתמר והלב, המציאו את "האקו דרך הושט". כפי שעושים גסטרוסקופיה, גם בבדיקת אקו דרך הושט, מחזירים צינור לקיבה. בקצה הצינור נמצא המתמר אותו ניתן להזיז ימינה ושמאלה מעלה ומטה תוך הסתכלות מקרוב מאוד על הלב. אקו דרך הושט מאפשר לראות פרטים קטנים אשר לא ניתן לראות בכלל באקו רגיל. במחלות מסתמיות מסוימות (בעיקר אי ספיקה של המסתם המיטרלי), האינפורמציה המופקת מאקו דרך הושט יכולה לעזור למנתח להחליט איזה סוג ניתוח לתכנן. נוכחות קרישי דם באוזנית העלייה השמאלית לא ניתן כלל לראות באקו רגיל, ואילו באקו דרך הושט מבנה זה נראה בבירור רב. כך גם לגבי זיהומים על גבי המסתמים וחורים במחיצה שבין עליות, וכן ממצאים נוספים טיפוסיים למחלות רבות.

(מידע זה נלקח מתוך אתר האיגוד הקרדיולוגי)

לנוחיותך צוות מחלקת קרדיולוגיה עומד לרשותך ויענה לפנייתך לקבלת הסבר נוסף.

טלפון: 04-6652655, 04-6652656.

בהצלחה
מחלקת קרדיולוגיה