**Паспортная часть**

1. **Ф.И.О.:**
2. **Возраст:** 52 года.
3. **Пол:** мужской
4. **Домашний адрес:**
5. **Место работы:**
6. **Профессия:**
7. **Дата госпитализации в больницу:**
8. **Отделение в больнице:**

**Жалобы больного**

При поступлении в стационар больной предъявлял жалобы на: единичные, перебои в работе сердца, одышку при умеренной физической нагрузке, дискомфорт в области сердца без связи с физической нагрузкой, слабость, потемнение в глазах, чувство тяжести в голове.

**Анамнез настоящего заболевания**

**(Аnamnesis morbi)**

Считает себя больным с 2005 года, когда впервые стал отмечать появление вышеуказанных жалоб. Отмечает приступообразное ухудшение общего состояния, возникающее со слов больного: «каждый вечер на протяжении 6 месяцев вне зависимости от физических нагрузок», проявляющееся слабостью, появлением перебоев в работе сердца, чувством тяжести в голове, повышением артериального давления до 150/110 мм.рт.ст; самостоятельно проходящее в покое. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно не лечился.

С 2009 года отмечает ухудшение общего состояния. Больной отмечает: перебои в работе сердца возникающие внезапно, преимущественно в вечернее время, не зависящие от физической нагрузки, самостоятельно проходящие через 2-3 часа в покое; повышением артериального давления до 150/110 мм.рт.ст; чувство тяжести в голове; потемнением в глазах. За медицинской помощью не обращался. Для предотвращения возникновения вышеописанных состояний использовал медикаменты, название которых назвать не смог. В дальнейшем динамика заболевания нарастала. Количество и продолжительность приступов увеличивалось. В конце марта 2012 года отмечает ухудшение состояния, проявляющееся: частыми приступами аритмии, одышкой при незначительной физической нагрузке, повышением АД до 160/100 мм.рт.ст., ощущением сдавления головы. В связи со значительным ухудшением общего состояния обратился в поликлинику по м/ж, где была сделана ЭКГ – «Мерцательная аритмия». После консультативного приема кардиологом БСМП был госпитализирован в кардиологическое отделение 7ГБ для дообследования и коррекции лечения.

**Анамнез жизни больного**

**(Anamnesis vitae)**

ФИО родился \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ в семье рабочих. В детские и школьные годы рос и развивался соответственно возрасту от сверстников в физическом и умственном развитии не отставал. Образование полное высшее. Семейное положение: женат, есть ребенок. Материально-бытовые условия - удовлетворительные.

В 1963 г. – болезнь Боткина. Туберкулез, малярию, брюшной тиф, венерические заболевания отрицает. Производственных травм, оперативные вмешательства отрицает.

Перенесенные заболевания: в детском возрасте – ветряная оспа. Отмечает ежегодные заболевания ОРВИ, в 2005 г. – Острый бронхит, в 2010 г. – Левосторонняя нижнедолевая пневмония.

Аллергологический, генеалогический анамнез не отягощены.

Вредные привычки отрицает.

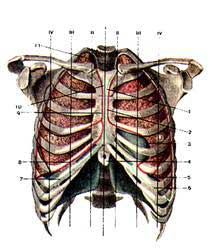
**Данные объективного исследования**

Общее состояние удовлетворительное. Вид больного соответствует возрасту. Сознание ясное. Положение в постели на момент курации активное. Поведение адекватное, раздражителен. Выражение лица спокойное, осанка ровная, походка обычная. Пациент контактен. Строение тела правильное, гиперстеническое. Индекс массы тела (индекс Кетле) = 37,58, что соответствует об ожирении III ст. Рост 186 см, вес 130 кг. Температура тела – 36,70 С.

Кожные покровы: обычной окраски. Сыпи, рубцов, трофических язв, кровоизлияний нет. Кожа умеренно влажная. Тургор кожи сохранен. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита равномерно с преимущественной локализацией на передней брюшной стенке. Пастозности и отеков нет. Доступные пальпации лимфатические узлы – подчелюстные, подмышечные и паховые мягко-эластической консистенции, не увеличены, не спаянные между собой и с окружающими тканями, безболезненные при пальпации.

Костно-мышечная система. Мускулатура развита нормально. Тонус мышц сохранен. При пальпации и движении болезненности не отмечено. Сила мышц умеренная. Уплотнений при пальпации не обнаружено.

Опорно-двигательный аппарат без видимых патологий. Болезненности при пальпации костно – суставной системы не отмечается. Форма и величина суставов не изменены, кожные покровы над суставами бледно-розовые, объем активных и пассивных движений сохранен, патологическая подвижность не выявлена. Суставы безболезненны, без отёков и деформаций. Форма черепа мезоцефалическая. Патологических искривлений позвоночника не обнаружено.

**Дыхательная система**

Статический осмотр. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. Затруднения дыхания, выделений из носа, болезненных ощущений не отмечено. Межреберные промежутки не расширены, сглажены, над - и подключичные ямки не выражены.

Динамический осмотр. Тип дыхания брюшной. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Дыхание ритмичное. Вспомогательная мускулатура не участвует в акте дыхания.

Пальпация. При пальпации грудная клетка безболезненна. Ригидность грудной клетки повышена. Голосовое дрожание одинаково выражено с обеих сторон, ослабленное.

При сравнительной перкуссии. Определяется ясный легочной звук над всей поверхностью легочного поля.

При топографической перкуссии.

Нижние границы легких:

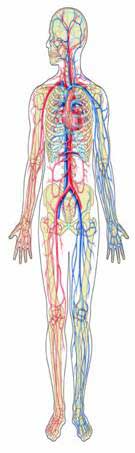
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| parasternalis | 6 м/р | - |
| medioclavicularis | 7 м/р | - |
| axilaris anterior | 8 м/р | 8 м/р |
| axilaris media | 9 м/р | 10 м/р |
| axilaris posterior | 10 м/р | 10 м/р |
| scapularis | 11 м/р | 11 м/р |
| paravertebralis | остистый отросток XII грудного позвонка | остистый отросток XII грудного позвонка |

Высота стояния верхушек

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Справа** | **Слева** |
| Спереди | Над ключицей 5см. | Над ключицей 5см |
| Сзади | На уровне 6-го ш. позвонка | На уровне 6-го ш. позвонка |
| Ширина полей Кренига | 8 см | 8 см |

Подвижность нижнего края обоих лёгких по l.axillaris posterior составляет 2 см.

При аускультации над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Бронхофония отсутствует.



**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр: Область сердца не изменена. Патологической пульсации сонных артерий, набухания и пульсации шейных вен не обнаружено. Пульсация в области сердца и эпигастрия отсутствует. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пальпация: При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, положительный, ограниченный, умеренной силы, резистентности, площадью ≈ 2 см2. Систолического и диастолического дрожания не выявлено. Пульс на лучевых артериях симметричный, асинхронный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, 76 уд/в мин. Артериальное давление на момент курации 140 /90 мм рт. ст. одинаковое на обоих руках.

Перкуссия*:*

**Границы относительной сердечной тупости:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| верхняя | правая | левая |
| **Относительная сердечная тупость** | | |
| В III межреберье по l.parasternalis | По правому краю грудины в IV межреберье | В IV межреберье слева на 2 см кнаружи от среднеключичной линии |

Ширина сосудов пучка – 3+3=6см

Аускультация*:* Тоны сердца аритмичные, приглушены, акцент II тона на аорте.

**Пищеварительная система**

Губы обычного цвета, умеренно влажные, без высыпаний, трещин и эрозий. Слизистая оболочка ротовой полости бледно-розовая, умеренно – влажная. Гиперемии, изъязвлений, афт, не обнаружено. Десна не разрыхлены и не кровоточат. Язык ярко – розового цвета, влажный, без язв и налета. Сосочки не изменены.

Слизистая оболочка глотки бледного цвета. Миндалины не выступают за небные дужки, язычок не изменен.

Слюнные железы (околоушные, слюнные и подъязычная) не увеличены, безболезненные, изменения цвета кожи над областью желез не отмечается, боль при жевании и открывании рта отсутствует.

Живот округлой формы, симметричный, увеличен в размере, за счет чрезмерно развитой подкожной жировой клетчатки, участвует в акте дыхания равномерно. Видимых рубцов, пигментных пятен, расширенных вен передней брюшной стенки, видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не выявлено. Пупок втянут.

Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный.

В результате чрезмерного развития подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки глубокая-скользящая пальпация по Образцову-Стражеску органов брюшной полости не доступна.

Перкуторно размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии 10 см

по передней срединной линии 9 см

по левой косой линии 8 см

Желчный пузырь. При пальпации в точке Кера болезненность отсутствует. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Георгиевского – Мюсси, Харитонова – Ляпине отрицательные. Болезненность в зонах Захарьина – Геда не отмечается.

Селезенка. Не пальпируется. При перкуссии передней грудной стенки не выходит за левую переднюю подмышечную линию. Размеры селезенки по Курлову: продольный размер – 6 см, поперечный размер – 6 см.

Поджелудочная железа. Болезненность в зонах Шоффара, Губергрица, точках Дежардена и Мейо – Робсона не отмечается. Симптом Раздольского отрицательный.

Аускультация живота. Выслушивается слабая перистальтика кишечника.

Характеристика испражнений: стул 1 раз в сутки, коричневого цвета, оформленной консистенции.

**Мочевыделительная система**

При осмотре область поясницы не изменена. При бимануальной глубокой пальпации почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпации недоступен. Пальпация в верхних и нижних мочеточниковых точках безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обоих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Частота мочеиспусканий – 5 – 7 раз в сутки.

**Эндокринная система**

При осмотре щитовидная железа не определяется, при пальпации не увеличена, безболезненная, мягкой консистенции, не подвижная.

**Нервно-психический статус**

Сознание ясное, речь внятная. Ориентация во времени и пространстве правильная. Сон не нарушен, память сохранена. Аппетит удовлетворительный. Больной раздражителен, вспыльчив, с лабильной психикой. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены. Парезов и параличей нет. Менингиальные симптомы отрицательные. Походка ровная. Движения координированы, равновесие сохранено. При пальпации поястнично-крестцового отделов позвоночника, паравертебральные точки умеренно болезненны, с иррадиацией в нижние конечности. Отмечается болезненность в месте выхода седалищного нерва, с двух сторон. Сухожильные рефлексы оживлены. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки обычной величины, одинаковые, реакция на свет сохранена. Зрачки d = s, глазные щели d = s, косоглазия, нистагма не обнаружено.

Зрение, слух, обоняние в норме. Нарушений вкуса нет. Отмечается умеренная потливость.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб, анамнеза заболевания можно установить предварительный диагноз: ИБС. Диффузный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II стадия, II степень, риск III.СН 2А, ФК 2. Персистирующая форма фибрилляции предсердий.

**План обследования больного**

1. **Лабораторные методы исследования:**
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Анализ крови на глюкозу
5. Биохимический анализ крови (протеинограмма, коагулограмма, липидограмма, электролиты, печеночные, почечные пробы)
6. Анализ крови на RW
7. Анализ мочи по Нечипоренко
8. Анализ кала на я/г
9. **Функциональные методы исследования:**
10. ЭКГ в динамике

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

1. **Лабораторные методы исследования:**
2. **Общий анализ крови** 05.04.12 г.

Hb (HGB): 160 г/л;

Эритроциты (RBC): 4,8 ×1012/л;

ЦП: 1,0;

Лейкоциты (WBC): 6,7 ×109/л

Э-2%, П-6%, С-67%, Л-21%, М – 5%

СОЭ (ESR): 5 мм/ч.

**Заключение:** все показатели клинического анализа крови соответствуют возрастной и половой норме.

1. **Общий анализ мочи** 05.04.12 г.

Цвет светло желтый

Удельный вес 1017

Реакция кислая

Прозрачность прозрачная

Белок не обнаружен

Сахар не обнаружен

Эпителий 1-3 в п/зр

Лейкоциты 2-4 в п/зр

**Заключение:** все показатели находятся в пределах нормы.

1. **Анализ крови на глюкозу** 06.04. 12 г.

Сахар крови – 800 – 7,8 ммоль/л, 1200 - 9,8 ммоль/л, 1600 – 8,0 ммоль/л

**Заключение:** Сахарный диабет II типа.

1. **Биохимический анализ крови** 04.10.11 г.

Мочевина 3,7 мм/л

АлАТ: 0,55 ммоль/ч/л;

АсАТ: 0,84 ммоль/ч/л;

b-липопротеиды – 55ЕД

Общие липиды 50 г/л

**Заключение:** все показатели находятся в пределах нормы.

1. **Липидограмма** 06.04.12 г.

Мочевая к-та 249,0 mmol/l

Холестерин 5,24 mmol/l

ЛПНП 3,79 mmol/l

ЛПВП 1,26 mmol/l

ЛПОНП 0,19 mmol/l

Триглицериды 0,94 mmol/l

**Заключение:** все показатели находятся в пределах нормы.

1. **Коагулограмма** 05.04.12 г.

Протр.индекс – 116%

Протр.время – 18 сек

Фибриноген – 2,66

Фибриноген «Б» - отр

Время рек. – 130 сек

**Заключение:** повышение коагуляцинной способности крови

1. **Анализ крови на RW** 05.04.12 г.

**Заключение:** результат отрицательный.

1. **Анализ кала на я/г** 04.04.12 г.

**Заключение:** при исследовании кала яйца глистов ЭПКП, сальмонеллы не обнаружены.

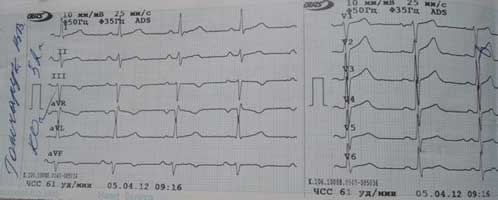
1. **Анализ мочи по Нечипоренко** 05.04.12 г.

L – 3000, Эр-500

**Заключение:** повышение количества лейкоцитов, что может указывать на инфекционный процесс в почках или мочевыводящих путях

1. **Функциональные методы исследования:**
2. **ЭКГ** 05.04.12 г. Ритм синусовы, регулярный. ЧСС – 61 в мин. ЭОС – откл влево. Вольтаж сохранен.

**Заключение:** Умеренные изменения миокарда, задне-диафрагмальной стенки левого желудочка.



**Клинический диагноз**

**На основании:**

1. **Жалоб больного на**: единичные, перебои в работе сердца, одышку при умеренной физической нагрузке, дискомфорт в области сердца без связи с физической нагрузкой, слабость, потемнение в глазах, чувство тяжести в голове.
2. **Данных анамнеза заболевания**: Считает себя больным с 2005 года, когда впервые стал отмечать появление вышеуказанных жалоб. Отмечает приступообразное ухудшение общего состояния, возникающее со слов больного: «каждый вечер на протяжении 6 месяцев вне зависимости от физических нагрузок», проявляющееся слабостью, появлением перебоев в работе сердца, чувством тяжести в голове, повышением артериального давления до 150/110 мм.рт.ст; самостоятельно проходящее в покое. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно не лечился.

С 2009 года отмечает ухудшение общего состояния. Больной отмечает: перебои в работе сердца возникающие внезапно, преимущественно в вечернее время, не зависящие от физической нагрузки, самостоятельно проходящие через 2-3 часа в покое; повышением артериального давления до 150/110 мм.рт.ст; чувство тяжести в голове; потемнением в глазах. За медицинской помощью не обращался. Для предотвращения возникновения вышеописанных состояний использовал медикаменты, название которых назвать не смог. В дальнейшем динамика заболевания нарастала. Количество и продолжительность приступов увеличивалось. В конце марта 2012 года отмечает ухудшение состояния, проявляющееся: частыми приступами аритмии, одышкой при незначительной физической нагрузке, повышением АД до 160/100 мм.рт.ст., ощущением сдавления головы. В связи со значительным ухудшением общего состояния обратился в поликлинику по м/ж, где была сделана ЭКГ – «Мерцательная аритмия». После консультативного приема кардиологом БСМП был госпитализирован в кардиологическое отделение 7ГБ для дообследования и коррекции лечения.

1. **Данных объективного обследования**: – Строение тела правильное, гиперстеническое. Индекс массы тела (индекс Кетле) = 37,58, что соответствует об ожирении III ст. Пульс на лучевых артериях симметричный, асинхронный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, 76 уд/в мин. АД на момент курации 140/90 мм рт. ст. одинаковое на обоих руках. Аускультативно тоны сердца аритмичные, приглушены, акцент II тона на аорте.

**Основываясь на данных лабораторных и инструментальных методах исследований:**

1. **Лабораторные методы исследования**

**Анализ крови на глюкозу** 06.04. 12 г.

Сахар крови – 800 – 7,8 ммоль/л, 1200 - 9,8 ммоль/л, 1600 – 8,0 ммоль/л

**Заключение:** Сахарный диабет II типа.

1. **Функциональные методы исследования:**

ЭКГ 05.04.12 г.

**Заключение:** Умеренные изменения миокарда, задне-диафрагмальной стенки левого желудочка.

**можно установить клинический диагноз:**

**Основной:** *ИБС. Диффузный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II стадия, II степень, риск III.*

*осложнения: СН 2А, ФК 2. Персистирующая форма фибрилляции предсердий.*

*сопутствующий: Сахарный диабет II типа. Ожирение III ст.*

**Дифференциальный диагноз**

Диагностика трепетании и фибрилляции желудочков основана на данных ЭКГ и клинических проявлениях.

**1.** ЭКГ-признаки фибрилляции желудочков:

Частые (300-400 в мин), но нерегулярные беспорядочные волны, отличающиеся друг от друга различной формой и амплитудой.

В зависимости от амплитуды волн выделяют крупноволновую и мелковолновую фибрилляции желудочков. При последней амплитуда волн мерцания составляет менее 0,2 мВ и вероятность успешной дефибрилляции значительно ниже.

ЭКГ при фибрилляции желудочков.

**2.** ЭКГ-признаки трепетания желудочков: Частые (200-300 в мин) регулярные и одинаковые по форме и амплитуде волны трепетания, напоминающие синусоидальную кривую.

ЭКГ при трепетании желудочков.

**3.** Тахикардии с широким комплексом QRS

ЭКГ-признаки

* синусовые или несинусовые зубцы Р;
* отсутствие зубца Р, ЧСС 100-110 в мин, ускоренный идиовентрикулярный ритм;
* отсутствие зубца Р, ЧСС 110-250 в мин, желудочковая тахикардия, наджелудочковая тахикардия с абберантным проведением;
* неправильный ритм, полиморфные комплексы QRS, периодически меняющие направление (пируэтная желудочковая тахикардия);
* хаотические беспорядочные колебания, отсутствие четких комплек-сов QRS
* отсутствие волн F

**4.** Блокированная предсердная пароксизмальная тахикардия

Клинико-патогенетическая характеристика: относительно редкое нарушение ритма, признается не всеми как самостоятельная форма, т. к. некоторые кардиологи идентифицируют ее с трепетанием предсердий; предполагается, что этот вариант предсердной тахикардии является следствием передозировки гликозидов и гипокалиемии.

ЭКГ-признаки:

* частые зубцы Р разделены изоэлектрической линией;
* степень атриовентрикулярной блокады бывает различной: иногда только удлинение интервала P-Q, в других случаях коэффициент проведения может быть равен 2 :1, 3 : 1.

Блокированная предсердная пароксизмальная тахикардия

**5.** Наджелудочковые пароксизмальные тахикардии

Клинико-патогенетическая характеристика: приступообразное увеличение ЧСС > 160 в мин с источником автоматизма в предсердиях или атриовентрикулярном соединении; в основе патогенеза лежат круговые движения волны возбуждения в миокарде.

ЭКГ-признаки :

* интервал R-R меньше 20 мм (0,4 с);
* ширина желудочкового комплекса < 5 мм (0,1 с), форма его суправентрикулярная;
* иногда удается выявить измененный зубец Р перед каждым желу-дочковым комплексом, но этот признак не обязателен, т. к. зубец Р может сливаться с зубцом Т и выявляться только с помощью специ-альных методов (пищеводные отведения, чреспищеводная ЭКГ).

Примечание. ЧСС около 160 в мин, отрицательный (ретроградный) зубец Р, наслоившийся на сегмент ST.

**Окончательный развернутый диагноз**

На основании жалоб больного при поступлении, анамнестических данных, данных объективного обследования, данных лабораторных и инструментальных методов исследований можно установить окончательный клинический диагноз:

**основной:** ИБС. Диффузный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II стадия, II степень, риск III;

**осложнения:** СН 2А, ФК 2. Персистирующая форма фибрилляции предсердий; **сопутствующий:** Сахарный диабет II типа. Ожирение III ст.

**Этиопатогенез основного заболевания**

**ИБС. Диффузный кардиосклероз.**

Для возникновения ИБС и ее разновидностей характерны предшествующие факторы риска, которые представлены в таблице 1.

Потребность миокарда в кислороде зависит от гемодинамической нагрузки сердечно-сосудистой системы, размеров сердца, интенсивности метаболизма в кардиомиоцитах. Доставка кислорода к миокарду определяется состоянием коронарного кровотока, который может ухудшаться как при органических, так и при функциональных нарушениях в коронарных артериях. Как уже было сказано, в основе ИБС лежит нарушение коронарного кровообращения, развивающееся вследствие стенозирующего коронарного атеросклероза.

**Таблица 1.** Факторы риска ИБС

**Основные факторы ИБС**

• Дислипидемия

• Артериальная гипертензия

• Курение

• Сахарный диабет

• Возраст (мужчины >45 лет; жен-

щины >55 лет либо ранняя мено- пауза без заместительной терапии

эстрогенами)

• Неблагоприятная наследственность

(ИМ либо внезапная смерть бли-

жайших родственников в возрасте до 55-65 лет).

**Второстепенные факторы риска ИБС**

• Низкая физическая активность

• Избыточная масса тела

• Психосоциальные факторы

• Гормональная контрацепция и гормональная заместительная терапия после наступления менопаузы

• Злоупотребление алкоголем

• Гипертрофия ЛЖ

• Гипертриглицеридемия

• Повышение уровня липопротеина

• Окислительный стресс

• Гипергомоцистеинемия

• Гиперфибриногенемия

• Инфекционные факторы (Helicobacter pylori, Chlamydia pneumoniae, цитомегаловирус)

• Наличие маркеров воспаления

(С-реактивный белок)

• Повышение уровня прокоагулянтов

Обязательным фактором нарушения коронарного кровотока является также повышенная агрегация тромбоцитов в просвете сосудов.

**Мерцание (фибрилляция) предсердий, или мерцательная аритмия**, - это такое нарушение ритма сердца, при котором на протяжении всего сердечного цикла наблюдается частое (от 350 до 700 в минуту) беспорядочное, хаотичное возбуждение и сокращение отдельных групп мышечных волокон предсердий, каждая из которых фактически является теперь своеобразным эктопическим очагом импульсации. При этом возбуждение и сокращение предсердия как единого целого отсутствуют.

По характеру течения различают пароксизмальную и постоянную (или хроническую) формы мерцательной аритмии. Пароксизмы мерцания длятся от нескольких секунд до нескольких дней. Короткие пароксизмы часто проходят спонтанно.

В зависимости от ЧСС мерцательная аритмия может быть тахисистолической, нормосистолической и брадисистолической.

Этиология. Причины возникновения мерцательной аритмии перечислены в табл. 2. Основными этиологическими факторами являются системная артериальная гипертензия, различные формы ИБС, пороки митрального клапана (стеноз и недостаточность) ревматического и неревматического происхождения и гипертиреоз. По данным P. Piystowsky и соавторов (1996), частота этих заболеваний у наблюдавшихся ими амбулаторных больных с мерцательной аритмией - жителей США - составила соответственно 56, 19, 4 и 11 %. У 35 % этих пациентов видимые признаки заболевания сердца отсутствовали. По материалам P. Podrid и P. Kowey (1996), среди причин мерцательной аритмии у умерших на первом месте была ИБС, во всех случаях осложненная застойной сердечной недостаточностью (34 %), на втором - ревматические пороки сердца (24%). Легочное сердце выявлено у 13,5 % умерших и системная артериальная гипертензия - у 9,4 %. У 8 % умерших органические заболевания сердца отсутствовали.

**Таблица 2.** Причины возникновения и этиологические факторы мерцательной аритмии.

**Состояния, сопровождающиеся органическими изменениями в предсердиях**

1. Повышение давления в предсердиях
2. Пороки митрального и трикуспидального клапанов ревматической и неревматической этиологии
3. Заболевания, вызывающие систолическую или диастолическую дисфункцию желудочков:

2.1) ИБС

2.2) кардиомиопатии

2.3) пороки аортального клапана или клапана легочной артерии

3) Системная или легочная артериальная гипертензия (в том числе при ТЭВЛА)

2. Ишемия миокарда предсердий

1) ИБС

3. Воспалительное или инфильтративное поражение предсердий

1) Перикардит

2) Амилоидоз, маркоидоз, гемохроматоз

3) Миокардит

4) Опухоли (первичные или метастатические)

5) Физиологические возрастные изменения

4. Фиброз и жировая инфильтрация миокарда предсердий

5. Врожденные аномалии сердца

1) Дефект межпредсердной перегородки

2) Аномалия Эбштейна

6. Тахикардии

1) Предсердная и предсердно-желудочковая тахикардия типа ри-энтри, трепетание предсердий, в том числе при кардиохирургических операциях

7. Травма предсердий

**Состояния, не сопровождающиеся структурными изменениями в предсердиях**

1. Токсические воздействия
2. Интоксикации:
   1. алкоголем
   2. окисью углерода
   3. отравляющими газообразными веществами
3. Повышение активности симпатико-адреналовой системы
4. Гипертиреоз
5. Феохромоцитома
6. Эмоциональное и физическое напряжение
7. Прием алкоголя, кофе
8. Лечение симпатомиметическими аминами
9. Повышение активности парасимпатической части вегетативной нервной системы
10. В физиологических условиях (во время сна) и ятрогенное
11. Гипоксия миокарда
12. Заболевание легких (пневмония и др.)
13. Хирургические операции, особенно на сердце
14. Неврогенные воздействия
15. Субарахноидальное кровоизлияние, ишемический инсульт
16. Видимые причины отсутствуют
17. Идиопатическая (или изолированная) мерцательная аритмия

**Лечение основного заболевания (современные принципы и методы)**

**ИБС. Диффузный кардиосклероз.**

Ведение таких больных предусматривает прежде всего воздействие на факторы риска, изменение стиля жизни, а также применение медикаментозной терапии, методов эндоваскулярного и хирургического лечения. Необходимо отметить, что в развитых странах отдается предпочтение эндоваскулярным и хирургическим методам перед назначением исключительно только медикаментозного лечения.

Модификация факторов риска и изменение стиля жизни включает такие мероприятия, как отказ от курения, коррекция дислипидемии при помощи диеты и/или медикаментов с тем, чтобы достигнуть уровня общего холестерина <4,5 ммоль/л и ЛПНП <2,5 ммоль/л; снижение массы тела (рекомендуется так называемая средиземноморская диета: овощи, фрукты, рыба, птица). Обязательным моментом является лечение артериальной гипертензии (достижение АД <130/85 мм рт. ст.) и сахарного диабета. Что касается заместительной гормональной терапии у женщин в постменопаузальном периоде, страдающих ИБС, то, как показывают данные исследований (РЕРI, 1995; PHOREA, 1999; ERA, 2000), ее назначение существенного влияния на течение ИБС не оказывает, вместе с тем возрастает риск развития опухолевых заболеваний. Борьба с гиподинамией подразумевает повышение физической активности с учетом результатов стресс-теста.

Современная концепция лечения больных ИБС основывается на рекомендациях Европейского общества кардиологов и включает такие пункты:

Aspirin and Antianginal therapy (назначение аспирина и антиангинальных препаратов);

Beta-blocker and Blood pressure (назначение β-блокаторов и нормализация артериального давления);

Cigarette smoking and Cholesterol (отказ от курения и снижение уровня холестерина);

Diet and Diabetes (диета и борьба с сахарным диабетом);

Education and Exercise (образовательная программа и физические нагрузки).

Фармакологическое лечение хронических форм ИБС включает следующие группы препаратов.

Липидснижающие (антиатеросклеротические) препараты — статины, фибраты, никотиновая кислота, смолы, препараты ПНЖК.

Антитромбоцитарные препараты — ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, тиклопидин, варфарин, блокаторы IIβ/IIIα рецептров, дипиридамол, индобуфен.

Антиангинальные препараты, влияющие на гемодинамику — β-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов и нитраты.

Метаболические препараты — триметазидин, ранолазин, L-карнитин, дихлорацетат.

**Лечение фибрилляции предсердий**

Тактика лечения ФП во многом будет зависеть от степени симптоматики, наличия и выраженности гемодинамических нарушений, сопутствующей кардиальной патологии. Основной целью лечения фибрилляции предсердий является улучшение качества жизни и предупреждение осложнений и смертности. Однако до настоящего времени вид лечения, который бы доказано уменьшал смертность, не определен. Лечение должно быть направлено на восстановление и сохранение синусового ритма, или когда это невозможно, на замедление частоты сокращений желудочков и профилактику тромбоэмболических осложнений. Купирование пароксизма ФП. Как уже указывалось, пароксизмом называется длительность ФП менее 48 часов. Решение о восстановлении синусового ритма зависит от давности ФП. Если нет уверенности в сроках аритмии, то считают, что у больного персистирующая либо постоянная форма ФП.

**Таблица 3.** Схемы медикаментозной кардиоверсии при МА

Кардиоверсия амиодароном:

• Амиодарон 5 мг/кг в/в (растворяется в 250 мл 5% р-ра глюкозы) в течение І часа;

• После этого - 15 мг/кг (растворяется в 250 мл 5% р-ра глюкозы) в течение последующих 23 часов

Кардиоверсия нропафеноном:

• Пропафенон 2 мг/кг медленно в/в за 10 минут;

• Далее продолжать по 0,007 мг/кг/мин до восстановления ритма, не более 2 часов

Кардиоверсия флекаинидом:

• Флекаинид 2 мг/кг в/в медленно за 10 минут

• Кардиоверсия ибутилидом:

• Ибутилид в/в 1 мг в течение 10 мин

Кардиоверсия дофетилидом:

• Дофетилид 250-500 мкг 2 раза/сутки внутрь

Кардиоверсия хинидином:

• Быстрый дигиталисный болюс (дигоксин 0,25 мг в/в) или

• Верапамил 5 мг в/в за 5 минут, через 5 минут можно повторить, затем

• Хинидина полигалактуронат 275 мг внутрь 2 таблетки (через 15 минут после дигоксина или верапамила), затем

• 1 таблетка хинидина через 2 часа после дигиталиса, затем

• 1 таблетка хинидина через 3 часа после дигиталиса, затем

• 1 таблетка хинидина каждые 8 часов до восстановления ритма (не более 2 дней)

**Таблица 4.** Показания к электрической кардиоверсии при ФП

Плановая электрическая кардиоверсия:

• Неэффективность медикаментозной терапии

• Непереносимость ААП или риск, связанный с их применением

• Прогрессирование сердечной недостаточности, ухудшение кровоснабжения сердца, мозга, нижних конечностей, связанное с ФП

• Свидетельства того, что только кардиоверсия ранее была эффективна

Неотложная электрическая кардиоверсия:

• При пароксизме ФП с высокой частотой желудочковых сокращений на фоне острого инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии

• При пароксизме ФП, который сопровождается выраженной гипотензией, острой или прогрессирующей хронической сердечной недостаточностью

• При тяжелом пароксизме ФП, который не поддается медикаментозному лечению.

**Купирование персистирующей фибрилляции предсердий.**

Персистирующей называется ФП давностью более 48 часов. Тактика лечения этой формы ФП существенно отличается от лечения пароксизмальной формы ФП. Прежде всего, это заключается в целесообразности восстановления синусового ритма. Другими особенностями являются более низкая эффективность фармакологического восстановления синусового ритма, в связи с чем, более часто используется электрическая кардиоверсия и при этом необходимо обязательное применение антикоагулянтной терапии. Согласно статистики, частота кардиальной патологии у больных с персистирующей ФП достигает 75%. Противопоказаниями к плановой кардиоверсии являются насыщение сердечными гликозидами (ее проводят не ранее, чем через 3 дня после их отмены), гипокалиемия (при содержании калия в плазме крови ниже 3,5 ммоль/л), тромбоэмболические осложнения.

Антикоагулянтная терапия при восстановлении синусового ритма показана всем больным с давностью фибрилляции предсердий >48 часов (либо неизвестной давности) при отсутствии противопоказаний и проводится с целью профилактики развития инсульта. Непрямые антикоагулянты назначают за 3-4 недели до и после восстановления ритма под контролем международного нормализованного отношения (MHO), которое должно поддерживаться на уровне 2,0-3,0.

**План лечения больного**

1 Палатный режим.

2 Диета №10, ограничение потребления NaCl до2-3 г, полное исключение из рациона жирных и копченых продуктов;

3 Медикаментозное лечение.

Основные цели лечения при фибрилляции предсердий следующие:

• Восстановление синусового ритма;

• Профилактика пароксизмов фибрилляции предсердий;

• Контроль ЧСС

• Профилактика тромбоэмболических осложнений.

**1.** Восстановление синусового ритма. После восстановления исчезают клинические проявления, улучшается гемодинамика, уменьшается риск осложнений (сердечная недостаточность, тромбоэмболии).

Для восстановления синусового ритма сердца в первые 2 сут применяют антиаритмические ЛС классов IА, IС, III. При наличии ИБС, снижении фракции выброса левого желудочка, сердечной недостаточности, нарушениях проводимости антиаритмические ЛС IС класса противопоказаны. Следовательно в данной ситуации препарат выбора - амиодарон, вводимый в дозе 15 мг/кг в/в

Антиаритмический препарат III класса. Оказывает антиаритмическое и антиангинальное действие.

Rp.: Sol.Amiodaroni 300mg

Sol. Glucosae 5%- 250 ml N3

D.S.: Вводить в/в кап 1 раз в сутки в течении 3-х днёй

**2.** Для оптимизации метаболических процессов в миокарде, восстановлении сердечного ритма и ионного состава тканей, процессов реполяризации применяем следующую поляризующую смесь

Rp.: Sol. Glucosi 5% - 200 ml

Sol. Kalii chloride 7,5% - 10ml

Sol. Magnesii sulfatis 25% - 5ml

Insulini 2 ED

D.S.: Вводить в/в кап. 1 раз в день в течении 4-х дней

**3.** Профилактика тромбоэмболических осложнений пациентам с высоким риском возникновения тромбоэмболических осложнений(старше 65 лет, снижение сократительной функции левого желудочка, артериальная гипертензия). Назначение непрямых антикоагулянтов больным с хронической сердечной недостаточностью рекомендовано при наличии фибрилляции предсердий, следовательно:

Rp.: Sol. Fondaparini 2,5 mg

D.t.d.N. 5

S.: По 2,5 мг п/к попеременно в левую и правую антеролатеральную и левую и правую постеролатеральную стенки живота, в течении 5 дней.

**4.** Лечение и профилактика пароксизмальных нарушений ритма

Rp.: Tab. Amiodaroni 200мг

D.t.d № 30

S. По 1 таблетке внутрь 2 раза в сутки.

**5.** С целью антиагрегационного эффекта. Уменьшает агрегацию, адгезию тромбоцитов и тромбообразование за счет подавления синтеза тромбоксана А2 в тромбоцитах, назначаем

Rp. Tab. Aspirini cardio 100mg N50

D.S.: По 1 тб внутрь 1 раз в сутки

**6.** Для достижения снижения уровня общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности в плазме крови. Проявления антиатеросклеротического действия назначают

Rp.: Tab. Atoris 20mg N30

D.S.: По 1 тб внутрь 1 раз в сутки вечером на курс 28 дней

**7.** Ингибиторы АПФ вызывают гемодинамическую разгрузку миокарда вследствие расширения сосудов, увеличения диуреза, уменьшения давления наполнения левого и правого желудочков.

Для проявления антигипертензивного эффекта назначают

Rp.: Tab. Hartil 5mg N28

D.S.: По 1 тб внутрь 1 раз в сутки вечером на курс 20 дней

**8.** Селективный бета1-адреноблокатор без собственной СМА; оказывает гипотензивное, антиаритмическое и антиангинальное действие. Антиаритмический эффект обусловлен устранением аритмогенных факторов (тахикардии, повышенной активности симпатической нервной системы, увеличенного содержания цАМФ, артериальной гипертензии), уменьшением скорости спонтанного возбуждения синусного и эктопического водителей ритма и замедлением AV проведения (преимущественно в антеградном и в меньшей степени в ретроградном направлениях через AV узел) и по дополнительным путям.

Rp.: Tab. Concor 5mg N30

D.S.: По 1/2 тб внутрь 1 раз в сутки утром на курс 14 дней

**9.** С целью коррекции сопутствующего сахарного диабета, назначаем гипогликемическое средство перорального применения группы бигуанидов.

Rp.: Tab. Metformini a 500 mg N 30

D.S.: По 2 тб внутрь во время или после приёма пищи 2 раза в день в течение 15 дней, с дальнейшей коррекцией

**10**. Для улучшения метаболизма миокарда и проявления антигипоксического и антиаритмического действия назначаем

Rp: Riboxini 0,2

D.t.d. № 50 in caps.

S: Принимать по 1 таблетке внутрь до еды 3 раза вдень, на курс 30 дней

**Дневник наблюдения за больным**

|  |  |
| --- | --- |
| **10. 04. 2012 г.**  **Т** 36,6 С  **Ps**=**ЧСС**=76 уд в мин  **АД**=140/70 мм рт.ст.  **ЧДД**=18 в мин | Состояние с постепенной положительной динамикой. В ясном сознании, контактен, ориентирован, адекватен. Чувство дискомфорта за грудиной и перебоев в работе сердца практически не ощущает.  Объективно:  Кожа и слизистые оболочки обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сor тоны приглушены, сердечная деятельность ритмична. Живот мягкий, безболезнен во всех отделах. Периферических отёков нет. Диурез достаточный. Физиологические оправления не нарушены. Лечение переносит хорошо, продолжить по листу назначений. |
| **12.04. 2012 г.**  **Т** 36,6 С  **Ps**=**ЧСС**=70 уд в мин  **АД**=130/70 мм рт.ст.  **ЧДД**=17 в мин | Состояние удовлетворительное, гемодинамически стабилен, активно жалоб не предъявляет, сон нормальный, аппетит хороший. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.  Объективно: Кожные покровы обычного цвета. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Сердечная деятельность ритмичная, тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания. Периферических отёков нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические оправления не нарушены  Лечение переносит хорошо, продолжить согласно листу назначения. |

**Этапный эпикриз:**

ФИО, 26.01. 1960 г.р., поступил 04.04.2012г., находится на стационарном лечении в кардиологическом отделение №2,ЛМГБ № 7, с диагнозом: *ИБС. Диффузный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II стадия, II степень, риск III. Осложнения: СН 2А, ФК 2. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. Сопутствующий: Сахарный диабет II типа. Ожирение III ст.* Поступил с жалобами на единичные, перебои в работе сердца, одышку при умеренной физической нагрузке, дискомфорт в области сердца без связи с физической нагрузкой, слабость, потемнение в глазах, чувство тяжести в голове.

Объективно: состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы без особенностей. ИМТ= 37,58 (ожирение III ст) Дыхание в лёгких везикулярное, ЧДД 18 дв в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 120 уд в мин. Печень +1,5 см. Отеки в области голени и стоп. Стул и диурез в норме.

В отделении больному проведены следующие исследования:

1. **Общий анализ крови** 05.04.12 г.

Hb (HGB): 160 г/л;

Эритроциты (RBC): 4,8 ×1012/л;

ЦП: 1,0;

Лейкоциты (WBC): 6,7 ×109/л

Э-2%, П-6%, С-67%, Л-21%, М – 5%

СОЭ (ESR): 5 мм/ч.

**Заключение:** все показатели клинического анализа крови соответствуют возрастной и половой норме.

1. **Общий анализ мочи** 05.04.12 г.

Цвет светло желтый

Удельный вес 1017

Реакция кислая

Прозрачность прозрачная

Белок не обнаружен

Сахар не обнаружен

Эпителий 1-3 в п/зр

Лейкоциты 2-4 в п/зр

**Заключение:** все показатели находятся в пределах нормы.

1. **Анализ крови на глюкозу** 06.04. 12 г.

Сахар крови – 800 – 7,8 ммоль/л, 1200 - 9,8 ммоль/л, 1600 – 8,0 ммоль/л

**Заключение:** Сахарный диабет II типа.

1. **Биохимический анализ крови** 04.10.11 г.

Мочевина 3,7 мм/л

АлАТ: 0,55 ммоль/ч/л;

АсАТ: 0,84 ммоль/ч/л;

b-липопротеиды – 55ЕД

Общие липиды 50 г/л

**Заключение:** все показатели находятся в пределах нормы.

1. **Липидограмма** 06.04.12 г.

Мочевая к-та 249,0 mmol/l

Холестерин 5,24 mmol/l

ЛПНП 3,79 mmol/l

ЛПВП 1,26 mmol/l

ЛПОНП 0,19 mmol/l

Триглицериды 0,94 mmol/l

**Заключение:** все показатели находятся в пределах нормы.

1. **Коагулограмма** 05.04.12 г.

Протр.индекс – 116%

Протр.время – 18 сек

Фибриноген – 2,66

Фибриноген «Б» - отр

Время рек. – 130 сек

**Заключение:** повышение коагуляцинной способности крови

1. **Анализ крови на RW** 05.04.12 г.

**Заключение:** результат отрицательный.

1. **Анализ кала на я/г** 04.04.12 г.

**Заключение:** при исследовании кала яйца глистов ЭПКП, сальмонеллы не обнаружены.

1. **Анализ мочи по Нечипоренко** 05.04.12 г.

L – 3000, Эр-500

**Заключение:** повышение количества лейкоцитов, что может указывать на инфекционный процесс в почках или мочевыводящих путях

1. **Функциональные методы исследования:**
2. **ЭКГ** 05.04.12 г. Ритм синусовы, регулярный. ЧСС – 61 в мин. ЭОС – откл влево. Вольтаж сохранен.

**Заключение:** Умеренные изменения миокарда, задне-диафрагмальной стенки левого желудочка.

Назначено лечение:

1. Палатный режим.

2. Диета №10.

3. Медикаментозное лечение.

1) Антиаритмический препарат III класса. Оказывает антиаритмическое и антиангинальное действие.

Rp.: Sol.Amiodaroni 300mg

Sol. Glucosae 5%- 250 ml N3

D.S.: Вводить в/в кап 1 раз в сутки в течении 3-х днёй

2) Rp.: Sol. Glucosi 5% - 200 ml

Sol. Kalii chloride 7,5% - 10ml

Sol. Magnesii sulfatis 25% - 5ml

Insulini 2 ED

D.S.: Вводить в/в кап. 1 раз в день в течении 4-х дней

3) Rp. : Sol. Fondaparini 2,5 mg

D.t.d.N. 5

S.: По 2,5 мг п/к попеременно в левую и правую антеролатеральную и левую и правую постеролатеральную стенки живота, в течении 5 дней.

4) Лечение и профилактика пароксизмальных нарушений ритма

Rp.: Tab. Amiodaroni 200мг

D.t.d № 30

S. По 1 таблетке внутрь 2 раза в сутки.

**5.** С целью антиагрегационного эффекта. Уменьшает агрегацию, адгезию тромбоцитов и тромбообразование за счет подавления синтеза тромбоксана А2 в тромбоцитах, назначаем

Rp. Tab. Aspirini cardio 100mg N50

D.S.: По 1 тб внутрь 1 раз в сутки

**6.** Для достижения снижения уровня общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности в плазме крови. Проявления антиатеросклеротического действия назначают

Rp.: Tab. Atoris 20mg N30

D.S.: По 1 тб внутрь 1 раз в сутки вечером на курс 28 дней

**7.** Ингибиторы АПФ вызывают гемодинамическую разгрузку миокарда вследствие расширения сосудов, увеличения диуреза, уменьшения давления наполнения левого и правого желудочков.

Для проявления антигипертензивного эффекта назначают

Rp.: Tab. Hartil 5mg N28

D.S.: По 1 тб внутрь 1 раз в сутки вечером на курс 20 дней

**8.** Селективный бета1-адреноблокатор без собственной СМА; оказывает гипотензивное, антиаритмическое и антиангинальное действие. Антиаритмический эффект обусловлен устранением аритмогенных факторов (тахикардии, повышенной активности симпатической нервной системы, увеличенного содержания цАМФ, артериальной гипертензии), уменьшением скорости спонтанного возбуждения синусного и эктопического водителей ритма и замедлением AV проведения (преимущественно в антеградном и в меньшей степени в ретроградном направлениях через AV узел) и по дополнительным путям.

Rp.: Tab. Concor 5mg N30

D.S.: По 1/2 тб внутрь 1 раз в сутки утром на курс 14 дней

**9.** С целью коррекции сопутствующего сахарного диабета, назначаем гипогликемическое средство перорального применения группы бигуанидов.

Rp.: Tab. Metformini a 500 mg N 30

D.S.: По 2 тб внутрь во время или после приёма пищи 2 раза в день в течении 15 дней, с дальнейшей коррекцией

**10**. Для улучшения метаболизма миокарда и проявления антигипоксического и антиаритмического действия назначаем

Rp: Riboxini 0,2

D.t.d. № 50 in caps.

S: Принимать по 1 таблетке внутрь до еды 3 раза вдень, на курс 30 дней

В результате назначенного лечения состояние больного приобрело положительную динамику, на данный момент удовлетворительное, прекратились приступы аритмии, ЧСС 70уд в мин, ритмичные, приглушены, А/Д 130/70 мм.рт.ст., ЧДД 17 дв в мин. Проводимое лечение переносит хорошо, продолжает получать.

**Рекомендации при выписке и их обоснование:**

Режим - активный. Стол - 9. Рекомендуется снижение веса, диета, богатая калием (включающая изюм, курагу и др.)

Больной следует рекомендовать регулярное наблюдение за пульсом с целью раннего выявления возможных возникновений нарушений сердечного ритма.

Аспирин по 100 мг/сутки.

Амбулаторное наблюдение в течении 6 мес по месту жительтва у кардиолога. Контроль ЭКГ, ЭхоКГ через 3-6 мес.

Нетрудоспособны в течении 3 недель после выписки и охранительный режим в течении 1 месяца.

Прогноз для здоровья - сомнительный, для жизни и работы при соблюдении рекомендаций врача - благоприятный.

**Список использованной литературы:**

1. Багрий А.Э., Дедык А.И. – Ишемическая болезнь сердца. Современные подходы к лечению. – Донецк. 2006. – 94 с.
2. Оганов Р.Г., Фомина И.Г. – Болезни сердца: Руководство для врачей. – М.: Литерра, 2006. – 1328 с.: ил. – (Серия «Библиотека кардиолога России»)
3. Передерий В.Г., Ткач С.М. – Основы внутренней медицины. Том 2./ Учебник для студентов высших учебных заведений. – К.,2009 с.: ил.
4. Юрлов В.М., Кульбаба І.Г. – Диференціальна діагностика внутрішніх хвороб. Навч. Посібник. – Одеса: Одес. Держ. Мед. Ун-т, 2002. – 360 с. – (Б-ка студента-медика)
5. Яковлев В.Б. – Диагностика и лечение нарушений ритма сердца: Пособие для врачей. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 168 с. илл.