Паспортная часть.

ФИО:

Пол:

Возраст:

Место жительства:

Профессия:

Дата поступления:

Дата курации:

***Жалобы.***

На момент поступления: резкое хаотичное сердцебиение (перебои в сердце), головокружение, слабость в ногах.

На момент курации: боли в области голеностопного сустава.

***Anamnesis morbi.***

Впервые приступ мерцательной аритмии отмечался в 1998 году, проходил лечение в 57 больнице. Повторный приступ в 1999году. Настоящее заболевание началось 10.11.2000. в 3 часа ночи, больной почувствовал приступ сердцебиения. Утром обратился в ревматологический диспансер 1 ГКБ, больной страдает ревматоидным полиартритом. При осмотре состояние средней тяжести, отмечается полная неупорядоченность пульса и сердечных сокращений, наполнение, напряжение и скорость пульса меняются от удара к удару, громкость тонов сердца непостоянна, АД 170/110, ЧСС – 92. Была сделана ЭКГ – нарушение ритма, отсутствуют зубцы Р и все отрезки между комплексами QRS заполнены f волнами. Больной был направлен в приемное отделение 1 ГКБ и с диагнозом: ИБС, пароксизм мерцательная аритмия, НК II, госпитализирован в блок интенсивной терапии. В отделении проводилась интенсивная терапия, состояние стабилизировалось, сердечный ритм восстановлен. 10.11.2000 больной был переведен в кардиологическое отделение.

***Anamnesis vitae.***

Родился в городе Москве в 1941 году. Рос и развивался нормально.

Вредные привычки: алкоголем не злоупотребляет, не курит Употребление наркотиков и токсикоманию отрицает.

Перенесённые заболевания: корь, скарлатина, ангина (тонзиллоэктомия в детстве), аппендэктомия, ревматоидный артрит (инвалид II гр. с 1998 года), гипертония, ИБС, пароксизмальная форма мерцательной аритмии. Желтуху, венерические заболевания, туберкулёз и инфекционные болезни отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались.

Аллергический анамнез: отмечает непереносимость пенициллина – крапивница.

Наследственность не отягощена.

***Status praesens.***

Общее состояние удовлетворительное.

Сознание ясное.

Положение больного активное.

Нормостенического телосложения.

Температура тела 36,7.

Выражение лица спокойное.

Кожные покровы бледно-розовые. Кожа сухая, тургор сохранен, мужской тип оволосения.

Видимые слизистые розовой окраски.

Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, отеков нет, безболезненная при пальпации.

Голеностопные суставы отечные, красноватые, движения болезненны.

***Система органов дыхания.***

Осмотр: форма носа не изменена, дыхание через нос затруднено с обоих сторон. Гортань не деформирована, голос тихий.

Грудная клетка нормостеническая, над- и подключичные ямки слабо выражены, ширина межреберных промежутков умеренная, величина эпигастрального угла – 90 , лопатки плотно прилежат к грудной клетке, боковой размер больше переднезаднего, симметрична,

Тип дыхания смешанный, дыхательные движения симметричные, дыхание ритмичное, поверхностное, ЧДД – 16.

При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание ослаблено с левой стороны, в нижних отделах.

При перкуссии на симметричных участках звук ясный легочный.

Границы легких:

Верхняя

высота стояния спер.

высота стояния сзади

справа

3см

VII шейный

слева

3см

VIIшейный

шир. полей Кренига

8см

8см

Нижняя

по окологрудинной 6 ребро не определ.

по среднеключичной 6 ребро не определ.

по переднеподмышечной 7 ребро 7 ребро

по среднеподмышечной 8 ребро 8 ребро

по заднеподмышечной 9 ребро 9 ребро

по лопаточной 10 ребро 10 ребро

по околопозвоночной 11 ребро 11 ребро

Дыхательная экскурсия нижнего края легкого

по среднеподмышечной 8см 8см

При аускультации на симметричных участках грудной клетки дыхание ослабленное везикулярное.

Бронхофония одинакова с обеих сторон грудной клетки.

***Система органов кровообращения.***

При пальпации верхушечный толчок не определяется. Сердечного толчка, эпигастральной пульсации, дрожание в области сердца, пальпаторной болезненности не выявлено.

Перкуссия границ относительной тупости сердца:

Правая – 1см. кнутри от правого края грудины,

Левая – 1см. кнутри от левой срединно-ключичной линии,

Верхняя – третье ребро по левой окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца – 12см. Ширина сосудистого пучка – 5см, конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая – левый край грудины,

Левая – 1см. кнутри от границы относительной тупости сердца,

Верхняя – четвертое ребро по левой окологрудинной линии.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 в мин

Исследование сосудов: артериальный пульс на лучевых артериях одинаков, частота 70 уд. в мин., слабого наполнения и напряжения.

АД 140/90.

***Система органов пищеварения.***

Желудочно-кишечный тракт:

Жалобы не предъявляет, диспепсические явления отсутствуют, аппетит сохранен. Стул один раз в сутки, умеренного количества, оформленный, коричневого цвета.

Язык розовой окраски, влажный, покрыт белым налетом. Зубы требуют санации.

Живот нормальной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. При перкуссии определяется тимпанический звук различных оттенков над всей поверхностью живота.

При аускультации прослушивается периодическая перистальтика кишечника, шум трения брюшины и сосудистые шумы не прослушиваются.

***Система органов мочеотделения.***

Мочеиспускание не нарушено, моча соломенно-желтого цвета, отеки отсутствуют.

При осмотре, наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживание контуров поясничной области не выявлено. Выбухание в надлобковой области нет.

Симптом поколачивания отрицательный. В надлобковой области звук тимпанический, дно мочевого пузыря не определяется.

Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Болезненных точек в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников не обнаружено.

***Предварительный диагноз.***

Пароксизмальная форма мерцательной аритмии

***План обследования.***

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.
4. Ревмопробы
5. ЭКГ.
6. ЭхоКГ
7. Консультация ревматолога.
8. Консультация невропатолога, окулиста, эндокринолога (гипертония в анамнезе).

***Лабораторные методы исследования.***

Биохимический анализ крови от 10.11.2000: мочевина – 6,4 ммоль/л; холестерин - 3,2 ммоль/л; билирубин – 5,3 – 0 – 5,3 ммоль/л; АлТ - 21,2 н.моль с/л; КФК – 48; глюкоза – 5,2.

***План лечения на момент поступления.***

1. Экстренная госпитализация в блок интенсивной терапии.
2. Постельный режим.
3. Хинидина сульфат. Для исключения идиосинкразии к хинидину дают пробную дозу препарата – 0,05 г. При отсутствии идиосинкразии (зуд, кожная сыпь, чувство жара) в течение 30 – 40 минут лечение проводят по следующей схеме: первая доза – 0,5 г.; затем через каждый час, если ритм не восстановился, дают 0,2 г. хинидина до нормализации сердечного ритма, либо до появления побочных действий или до достижения суммарной дозы хинидина 1,2г.
4. Постоянное присутствие врача, через каждые 30 минут электрокардиографический контроль.
5. В случае непереносимости хинидина пароксизм мерцательной аритмии купируется дизопирамидом: первая доза – 0,3 г., в дальнейшем, если ритм не восстановился, назначают по 0,1 г. каждый час, под электрокардиографическим контролем. Максимальная суммарная доза не более 1 г.
6. После восстановления ритма – кинелитин (хинидин бисульфат) 0,5 г. 3 раза в сутки.
7. В случае непереносимости хинидина – кордарон по следующей схеме: первая неделя – 0,6 г. в сутки (1 таблетка 3 раза в сутки); вторая неделя – 0,4 г. в сутки (таблетка 2 раза в сутки); затем постоянно по 1 таблетке в сутки.

***Заключительный диагноз.***

***Дифференциальный диагноз.***

Постановка диагноза обычно не представляет трудностей и устанавливается уже при пальпации пульса и аускультации сердца по характеру полной неупорядоченности пульса (его ритма, наполнения и напряжения отдельных пульсовых ударов), неритмичности тонов сердца и существенных колебаний их громкости (чем короче диастолическая пауза, тем громче следующий за ней первый тон). Лишь в некоторых случаях мерцание и особенно трепетание предсердий ошибочно расценивают как частую экстрасистолию. Изредка мерцательную аритмию с очень высокой частотой сердечных сокращений ошибочно принимают за пароксизмальную тахикардию.

Подтверждают или уточняют диагноз мерцательной аритмии с помощью электрокардиографического исследования. На ЭКГ отсутствуют предсердные зубцы Р, а все отрезки между комплексами QRS заполнены f волнами. Регистрация внутрисердечной электрограммы позволяет отличить мерцательную тахиаритмию от желудочковой тахикардии даже у больных с исходной или возникшей во время мерцательной аритмии предсердной блокадой ножек атриовентрикулярного пучка Гиса.