ММА им. И.М. Сеченова

**Кафедра госпитальной терапии**

### И С Т О Р И Я Б О Л Е З Н И

**Подготовил**:

**Преподаватель**:

# Москва

**2008**

**Фамилия Имя Отчество:**

**Возраст:** 59 лет.

**Пол:** женский

**Семейное положение:** замужем

**Место работы:** Пенсионер. Инвалид II группы с 1983 года. **До пенсии:** Технолог.

**Домашний адрес:** г. Домодедово

**Дата поступления:** 5 марта 2001 года

**Клинический диагноз:** Ревматический митральный порок с преобладанием стеноза. Деструкция биопротеза митрального клапана. Сердечная недостаточность II ст. Легочная гипертензия.

**Жалобы при поступлении:**

При поступлении больная предъявила жалобы на повышенную утомляемость, одышку, возникающую при незначительном физическом напряжении, кашель с незначительным выделением мокроты с прожилками крови. Также были предъявлены жалобы на чувство сердцебиения и плохой сон, похудение на 12 кг. за последние 6 месяцев.

**История заболевания:**

Со слов больной, с детского возраста при нахождении в душных помещениях, длительном физическом напряжении у нее случаются потери сознания – обмороки. По данному поводу больная к врачам не обращалась, считая это проявлением плохого питания (росла и воспитывалась в детском доме). Летом в возрасте 23 лет (1965 год) больная в очередной раз потеряла сознание и по скорой помощи была доставлена в Домодедовскую городскую больницу, где при обследовании ей был диагностирован порок митрального клапана: стеноз II степени. При выписке больной были даны рекомендации по профилактике возможных повторных ревматических атак препаратами бициллина в весенний и осенний периоды. В возрасте 26 лет больной был проведен аборт, после которого у больной в течении 2 недель отмечалась субфебрильная температура и общая слабость. После выписки, больная стала отмечать приступы сердцебиения, иногда появлялось чувство сжатия в области сердца. Больная не придала значения данной симптоматике и продолжила жить в привычном для себя ритме. До 1980 года новых жалоб больная на состояние своего здоровья не предъявляла; осенью и весной выполнялась профилактика повторных атак ревматизма введением препаратов бициллина (проводилась стационарно). В 1980 году больная отмечала боль в коленных и локтевых суставах (боли носили «летучий» характер), позже появилась одышка при выполнении привычной физической нагрузки (подъем на 3 этаж), стала отмечаться боль в области сердца. Симптоматика стала нарастать: одышка стала появляться при ходьбе (50-100 метров в 1982 году). В 1983 году появился кашель с ржавой мокротой, больная стала испытывать постоянное чувство «нехватки воздуха». С данными жалобами больная была направлена из городской больницы в НЦХ, где ей была проведена операция – комиссуротомия и дана II группа инвалидности. После выписки больная отметила значительное улучшение своего состояния: из прежних симптомов сохранилось только чувство сердцебиения. В 1990 году вновь появляется одышка при физическом напряжении, боли в области сердца. Симптоматика стала нарастать, и весной 1992 года больная могла только находиться в горизонтальном положении, так как при принятии вертикального положения сразу возникало чувство удушья. Больной была проведена операция по протезированию митрального клапана биопротезом (в левом предсердии был обнаружен и удален большой тромб). Сразу после операции у больной появилось мерцание предсердий, попытки нормализовать сердечный ритм к успеху не привели. В конце 1992 года у больной был диагностирован вирусный гепатит С. До 2000 года больная предъявляла жалобы только на чувство сердцебиения. С 2000 года одышка, чувство стеснения и боли в области сердца возобновились и стали нарастать. 5 марта 2001 года больная была госпитализирована с данными жалобами в терапевтическое отделение ММА им. Сеченова, на лечение и решения вопроса о повторном оперативном вмешательстве.

**История жизни:**

Родилась в срок в Кировской области в 1942 году. Росла и воспитывалась вместе со старшей сестрой в детском доме. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Рахитом не болела. В школу пошла в возрасте 7 лет, учеба трудностей не вызывала. Окончила 10 классов, после окончания школы поступила в техникум, где проучилась 3 года. По окончании ПТУ работала технологом. Занималась легкой атлетикой (бег на 200 и 400 метров), получила II юношеский разряд. Вышла замуж в 1965 году и переехала в Домодедово, где продолжила работать по профессии до 1983 года (с 1983 года – инвалид II группы). В 1967 году родила дочь (родовспоможение не производилось). В Домодедово живет в отдельной квартире вместе с мужем.

**Гинекологический анамнез:**

Менструации начались в 12 лет; продолжительность: 3 дня, в последующем 6 дней, безболезненные, регулярные. Беременности: 2; роды: 1. Менструации закончились в возрасте 52 лет. Климактерический период протекал без особенностей. В настоящее время есть здоровая дочь (33 года).

**Семейный анамнез:**

Замужем. Живет в отдельной квартире центрального отопления вместе с мужем. Питание регулярное (3-4 раза в день), домашнее. Сон 8-9 часов в сутки.

Не курит. Употребление алкоголя редко.

**Перенесенные (сопутствующие) заболевания, операции:**

Ревматизм.

В 1965 году диагностирован сердечный порок: стеноз митрального отверстия II степени.

В 1968 году искусственное прерывание беременности – аборт.

В 1983 году операция коммиссуротомии.

В 1992 году операция: протезирование митрального клапана биопротезом.

С 1992 года диагностируется вирусный гепатит С.

**Аллергологический анамнез:**

Кожных аллергических сыпей, отека Квинке, крапивницы, сенной лихорадки, удушья, анафилактического шока при соприкосновении с различными пищевыми и лекарственными веществами не отмечалось.

**Наследственность:**

Данных о состоянии здоровья родителей, дедок и бабок больная не имеет. Старшая сестра умерла во время операции на сердце в НЦХ (подробностей о причинах операции больная не помнит). Дочери 33 года, по результатам обследований здорова.

**Настоящее состояние больной:**

- общее состояние:удовлетворительное

* сознание: ясное
* положение: активное
* выражение лица: спокойное
* нормостенического телосложения.

Рост 162 см., вес 54 кг.

**Кожные покровы:**

На момент осмотра: кожа бледно-розовой окраски. Окраска видимых слизистых бледная. На передней поверхности грудной клетки по центру – послеоперационный рубец (продольная стернотомия). Влажность и эластичность кожных покровов понижена. Волосяной покров развит по женскому типу. На ногтевых пластинках пальцев рук и ног отмечается продольная исчерченность.

**Подкожная клетчатка:**

Развита умеренно и равномерно. Толщина складки на передней брюшной стенке 2-3 см. Подкожно-жировой слой развит равномерно.

Пастозности и отеков не отмечается.

**Лимфатическая система:**

Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Болезненности в области пальпации не наблюдается. При осмотре гиперемии кожных покровов в областях расположения лимфатических узлов не отмечается.

**Мышечная система:**

Развита умеренно, симметрична, безболезненна при пальпации, нормального тонуса. Местных гипертрофий и атрофий мышц не выявлено.

**Костная система и суставы:**

Патологических изменений не выявлено.

Движения в конечностях свободные, безболезненные.

Суставы по форме не изменены.

# СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

**Верхние дыхательные пути:**

Дыхание через нос свободное. Голос чистый, тихий. Болей при разговоре и глотании не возникает. Кашля нет. Гортань при пальпации безболезненна.

**Осмотр грудной клетки:**

Грудная клетка: нормостенического типа, цилиндрической формы, деформации грудной клетки не отмечается. Грудная клетка симметрична, при дыхании движения грудной клетки синхронны, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Дыхание смешанного типа с преобладанием грудного. ЧДД 20 в 1 мин. Через 10 – 15 минут разговора у больной развивается одышка с чувством нехватки воздуха. Ритм дыхания правильный.

**Перкуссия:** Границы легких не изменены. При перкуссии слышен ясный легочный звук.

**Аускультация:**

Над всем легочным полемнаблюдаетсяослабленное везикулярное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры не определяется.

# СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Исследование ССС:**

При осмотре сосудов шеи отмечается нормальная пульсация сонных артерий. При осмотре области сердца сердечного горба и узурации ребер не определяются. Верхушечный толчок не виден. При пальпации верхушечный толчок также не определяется. Пульсация в подложечной области обусловлена пульсацией аорты (при глубоком вдохе пульсация ослабевает). Сердечного толчка нет.

## При перкуссии определяется смещение границ сердечной тупости влево (в 5 межреберье на 2 см. латеральнее срединно-ключичной линии).

**Аускультация:**

В области верхушки выслушивается сильный диастолический шум и ослабленный I тон. Выслушивается акцент II тона над аортой.

Шум трения перикарда не определяется.

**Исследование сосудов:**

Лучевые, сонные, бедренные артерии неизвиты. Височная артерия мягкая, извитая.

**Пульс:**

Наблюдается дефицит пульса на лучевых артериях. ЧСС 82 уд. в мин. Капиллярный пульс не определяется.

На момент осмотра АД 130/80 мм. рт. ст.

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ.**

**Исследование органов пищеварения:**

Язык: Красного цвета, на спинке желтый налет. Трещин, язв, отпечатков зубов не отмечается.

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба без особенностей, розового окраса.

Миндалины не увеличены, налета не наблюдается.

**Исследование живота:**

Живот округлой формы, симметричный, выпячиваний и втяжений не отмечается. Подкожные сосудистые анастомозы не выражены. Рубцов и грыж нет. Перистальтика не нарушена. Живот

свободно участвует в акте дыхания.

**Перкуссия:**

При перкуссии выслушивается тимпанический звук различной степени выраженности во всех отделах, в области печени и селезенки - бедренный звук. Асцита нет.

**Аускультация:**

Выслушиваются нормальные кишечные шумы.

**ПАЛЬПАЦИЯ:**

При поверхностной и глубокой пальпации патологических изменений не определяется.

Пальпация печени: нижний край печени закругленный, плотный, безболезненный, поверхность гладкая.

# СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

**Осмотр:**

Гиперемии и припухлости в области почек не обнаруживается.

**Исследование почек:**

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При перкуссии мочевой пузырь над лобковым симфизом не определяется.

###### ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

**Щитовидная железа:**

Не пальпируется. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные.

###### НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Головные боли, головокружения не беспокоят. Обмороков в последнее время не отмечалось. Больная правильно ориентирована в окружающем пространстве и времени. Легко идет на контакт, восприятие и внимание не нарушено. Способна сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватно окружающей обстановке.

Сон поверхностный, тревожный, продолжительностью 7-8 часов. Засыпает трудно.

Рефлексы Бабинского, Россолимо отрицательные. В двигательной сфере патологических изменений не выявлено.

**Предварительный диагноз:** Порок митрального клапана, с преобладанием стеноза. Деструктивные изменения биопротеза митрального клапана?

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Анализ мочи.
4. RW, ВИЧ

## Инструментальные исследования:

1. ЭКГ.
2. УЗИ органов брюшной полости.
3. Эхо-КГ
4. Рентгенография органов грудной клетки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**АНАЛИЗ КРОВИ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Результ. | Норма | | | |
|  | | | Единицы СИ | | Единицы, подлежащие замене | |
| Гемоглобин | | Ж  М | 12,4 г.% | 130,0—160,0 120,0—140,0 | ã/ë | 13,0-16,0  12,0-14,0 | г.% |
| Эритроциты | | М  Ж | 3,7 млн. | 4,0—5,0  3,9—4,7 | \* 1012/л | 4,0—5,0  3,9—4,7 | млн.  в 1мм3 (мкл) |
| Цветовой  показатель | | | 0,8 | 0,85-1,05 |  | 0,85—1,05 |  |
| Ретикулоциты | | | --- | 2—10 | 0/00 | 2—10 | 0/00 |
| Тромбоциты | | | 30 тыс. | l80,0— 320,0 | \* 109/л | 180,0—320,0 | тыс. в 1 мм3 (мкл) |
| Лейкоциты | | | 2,13 тыс. | 4,0—9,0 | \* 109/л | 4,0—9,0 | тыс. в 1 мм3 (мкл) |
|  | Миелоциты | | ---- |  | %\*109/л | — | % в 1 мм3 (мкл) |
|  | Метамиелоциты | | ---- |  | %\*109/л | — | % в 1 мм3 (мкл) |
|  | Палочкоядерные | | 1  %\*109/л | 1—6  0,040—0,300 | %\*109/л | 1—6  40-300 | % в 1 мм3 (мкл) |
|  | Сегментоядерные | | 41  %\*109/л | 47—72 2,000—5 500 | %\*109/л | 47—72  2000-5500 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Эозинофилы | | | 0,09  %\*109/л | 0,5—5 0,020—0,300 | %\*109/л | 0,5—5  20—300 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Базофилы | | | 0,5 | 0—1  0—0,065 | %\*109/л | 0—1  0—65 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Лимфоциты | | | 25,2  %\*109/л | 19—37 1,200—3.000 | %\*109/л | 19—37  1200—3000 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Моноциты | | | 10,3  %\*109/л | 3-11  0,090—0,600 | %\*109/л | 3-11  90—600 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Плазматические клетки | | | ----- |  | %\*109/л |  | % в 1 мм3 (мкл) |
| Скорость (реакция) оседания эритроцитов | | М  Ж | 16 мм/ч | 2—10  2—15 | мм/ч | 2—10  2-15 | мм/час |

БИОХИМИЯ КРОВИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Единицы | Единицы СИ |
| Натрий  Калий  Общий белок  Альбумины  Аланинаминотрансфераза  Аспартатаминотрансфераза  Глюкоза КреатининМочевина Общий билирубин  Прямой билирубин | 140,8ммоль/л  4,04 ммоль/л  7,6 г%  4,3 г%  23 ЕД  56 (↑) ЕД  92 мг%  0,7  14 мг/100мл  1,9 (↑)мг%  0,5 (↑)мг% | 6,5-8,5г%  4-5г%  5-30 ЕД  8-40 ЕД  80-120 мг%  0,5-1,6  20-40 мг/100мл  0,65-1,2 мг%  0,15 мг% | 65-85 г/л  40-50 г/л  0,1-0,68 ммоль/л  0,1-0,45 ммоль/л  4,44-6,66 ммоль/л  0,044-0,141 ммоль/л  3,3-6,6 ммоль/л  8,6-20,5 мкмоль/л  2,57 мкмоль/л |

|  |
| --- |
| **Анализ мочи от 13.03.2001** |
| Количество: 30 Цвет: светло-желтый  Реакция: рН 4,0  Удельный вес: 1021  Прозрачность: полная  Белок: нет  Сахар: ---  Ацетон: ---  Уробилин: в N.  Плоские эпителиальные клетки: немного  Лейкоциты: 1-3 в п. з.  Эритроциты: единичные в препарате  Цилиндры: ---  Слизь: много  Бактерии: умеренное количество |

**Результаты на** ВИЧ и RW отрицательны, выявлен положительный HCVAg.

###### ЭКГ

#### Ритм: Мерцание предсердий

#### ЧСС 77’

Нормальное положение сердца. Гипертрофия миокарда левого желудочка с возможным снижением кровоснабжения по передне-боковой области. Изменения в переднесептальной стенке, заднедиафрагмальной области. Нарушение проводимости в системе правой ножки пучка Гисса. Для исключения очагов изменений в высоких отделах боковой стенки провести Эхо-КГ и доснять V7-9, возможен поворот сердца.

**Эхо-КГ**

Состояние после операционной комисуротомии (1983 год) и протезирования митрального клапана биопротезом (1992 год). Признаки дисфункции и стеноза протеза: створки плотные, пролабируют в левое предсердие, с кальцинозом, ограничены в подвижности, Sм.о. =1,4-1,5 см2 . Недостаточность митрального клапана II степени. Недостаточность трикуспидального клапана II степени. Расширение ствола легочной артерии (3,2 см). Косвенные признаки высокой легочной гипертензии (~55 мм.рт.ст. Р сист.). Полость левого желудочка нормального размера, левое предсердие и правый желудочек дилятированы.

###### УЗИ

Печень в передне-заднем размере не увеличена. Правая доля 12 см., левая доля 4,6 см, контуры ровные. Паренхима обычной эхоструктуры. Холедох 6 мм., v. Portae 10 мм., поджелудочная железа нормального размера (головка 2 мм), диффузно умеренно уплотнена. Селезенка 8,6х3,8 см. Почки: умеренно опущены, структуры не изменены.

###### Рентгенография органов грудной клетки

Грудная клетка имеет цилиндрическую форму, в проекции грудины – металлический шов. Диафрагма низко расположена, подвижна, слева – деформирована спайками. Левый наружный синус запаян, остальные – свободны. В легких инфильтративных изменений нет, легчный рисунок усилен в прикорневых зонах за счет венозного застоя. Корни легких не расширены, сигарообразно деформированы.

Сердце увеличено в объеме за счет желудочков и левого предсердия; имеет митральную конфигурацию. Дуга аорты не изменена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рентгенологически картина митрального порока сердца (стеноза и недостаточности), состояние после митральной комисуротомии и протезирования митрального клапана. Нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения по типу венозного застоя и легочной гипертензии.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

*Основное заболевание:* Ревматизм в неактивной фазе, сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза атриовентрикулярного отверстия, деструктивные изменения биопротеза митрального клапана.

*Осложнения:* Легочная гипертензия, мерцание предсердий, недостаточность трикуспидального клапана II степени.

*Сопутствующие заболевания:* Хронический вирусный гепатит С.

###### ОБОСНОВАНИЕ

# У данной больной имеется сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза атриовентрикулярного отверстия. Поэтому в аускультативной картине наблюдается ослабление I тона (недостаточность) и пресистолический шум (стеноз) в области верхушки сердца. Также это подтверждается данными инструментальных исследований: на Эхо-КГ признаки дисфункции и стеноза протеза: створки плотные, пролабируют в левое предсердие (недостаточность), с кальцинозом, ограничены в подвижности, Sм.о. =1,4-1,5 см2 (стеноз). Акцент II тона над аортой говорит о недостаточности митрального клапана. На рентгенологическом исследовании также подтверждается сочетанный митральный порок: усиление легчного рисунка в прикорневых зонах за счет венозного застоя, увеличение сердца в объеме за счет желудочков и левого предсердия.

**Лечение.**

Терапевтический этап:

1. Необходимо соблюдать режим труда и отдыха. Выполнять умеренную физическую нагрузку.   
2. Диета № 10 с целью создания наиболее благоприятных условий для кровообращения. Исключение веществ, возбуждающих нервную систему. Улучшение выведения азотистых веществ и исключение продуктов, раздражающих мочевыводящие пути. Режим питания 5-6 р. в д. в умеренном количестве. Введение свободной жидкости ограничивают до 1000-1200 мл.   
3. Психотерапия.   
4. Медикаментозное лечение, направлено на коррекцию гемодинамических нарушений и сердечной аритмии. Каких-либо специфических медикаментозных способов лечения самих пороков не существует.   
Лечение должно быть патогенетическим, комплексным, длительным. Основная цель лечения - улучшить функциональное состояние пораженного сердца, восстановить сосудистый тонус, добиться нормализации микроциркуляции органов, восстановить их функции. Уменьшения массы циркулирующей крови можно добиться: а) диуретическими лекарственнными средствами; б) ганглиоблокаторами и вазодилататорами. Применяют диуретики с форсированным, выраженным эффектом: фуросемид, этакриновая кислота ( 20-40 мг на прием); диуретики с нефорсированным умеренным диуретическим эффектом (клопамид, гидрохлортиазид, циклометиазид); калийсберегающие препараты: амилорид, спироналоктон, (до 100 мг в сут.). При гипокалиемии препараты второй группы назначают в сочетании с панангином или аспаркамом. Применение вазодилататоров и β-блокаторов позволяет снизить как пре-, так и постнагрузку на миокард, что улучшает показатели гемодинамики при том же обеспечении миокарда кислородом. Группа антагонистов кальция. Они являются не только артериальными вазодилататорами, но и воздействуют непосредственно на миокард. Изоптин (40-80 мг 4 р. в д.) вызывает расширение коронарных сосудов сердца и увеличивает коронарный кровоток, понижает потребность миокарда в кислороде, оказывает антиаритмическое действие.

Группа препаратов калия показана при нарушения ритма - пароксизмах мерцания предсердий, для лечения коронарной недостаточности, вызывает уменьшение гипоксических нарушений метаболизма миокарда.

Блокаторы ангиотензин - конвертирующего фермента. Каптоприл ( до 50 мг в сутки.) приводит к расширению периферических сосудов, снижению АД, уменьшению пред- и постнагрузки на миокард и сердечной недостаточности. Способствует улучшению кровообращения в малом круге и функции дыхания, улучшает кровоснабжение в почках.   
Дезинтоксикационные р-ры: р-р натрия хлорида 0,9 %.   
Диазепам в качестве снотворного и успокаивающего средства.   
5. Физиотерапия.   
6. Лечебная физкультура является неотъемлемой частью комплексной терапии недостаточности кровообращения, поскольку активный дозированный двигательный режим повышает сократительную функцию сердца, уменьшает признаки дыхательной недостаточности, активизирует окислительно- восстановительные процессы в организме. При НК IIА стадии применяют гимнастические упражнения для рук и ног, затем для туловища с некоторым усложнением. Все упражнения сочетаются с дыхательными. Продолжительность занятий не превышает 20 мин. У больных со IIА стадией необходимо начинать массаж нижних конечностей.   
7. В связи с деструктивными процессами биопротеза клапана, показана его замена, что является хирургическим этапом в проведении лечения у данной больной.

**ПРОГНОЗ:** При выполнении больной всех назначений и рекомендаций врача, а также при проведении в скором времени хирургического этапа лечения, прогноз для жизни без существенного снижения ее качества благоприятен.

**Профилактика.**

Вторичная - направленная на предупреждение рецидивов заболевания:   
1. Санация очагов инфекции.   
2. Имуномодулиющая терапия.   
3. Ежемесячно - бициллин-5 по 1 500 000 ЕД. в теч. 5 лет, при отсутствии обострений - осенне-весенние курсы по 8 нед. в течение 2 лет; ацетилсалициловая кислота - по 1,5-2 г (или вольтарен по 50 мг/сут.) в течение 6 нед. весной и осенью.