***Паспортная часть:***

***ф.и.о.*** *:*

***возраст:*** *44 года (17/1Х 1955)*

***пол :***  *женский*

***место жительства:*** *Москва*

***профессия и место работы:*** *с 92г. инвалид 2 группы, по образованию - бухгалтер.*

***семейное положение:*** *замужем*

***дата поступления в стационар:***  *21/08 2000*

***Клинический диагноз:***

*Состояние после митральной и аортальной коммисуротомии (1996г.)*

*Рестеноз и недостаточность митрального клапана, рестеноз и недостаточность аортального клапана, недостаточность трикуспидального клапана.*

*Мерцание предсердий (постоянная форма).*

*Недостаточность кровообращения по обоим кругам ("застойные легкие", "застойная печень", отеки ног).*

*Легочная гипертензия.*

***жалобы на день курации:***

1. *одышка при физической и эмоциональной нагрузке,*
2. *отеки голеней и стоп (преимущественно по утрам),*
3. *иногда легкое головокружение, неустойчивость при ходьбе.*

***Anamnesis morbi***

*С 1989 года впервые появились давящие боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, купировавшиеся самостоятельно. В июне 1991, при госпитализации по поводу узлового зоба щитовидной железы, впервые возникла мерцательная аритмия и предсердная экстрасистолия. Отмечалась одышка, усиление потоотделения, снижение массы тела (на 12кг.).*

*Был поставлен диагноз - аутоиммунный тиреоидит с явлениями гипертиреоза.*

*При обследовании был выявлен ревматический порок митрального клапана.*

*На протяжении полугода проводилась терапия мерказолилом, L-тироксином, преднизолоном (30 мг.), помимо этого больная принимала гликозиды и диуретики.*

*Результатом терапии явилось улучшение состояния больной: уменьшились жалобы на слабость, раздражительность, потливость.*

*Прогрессировала сердечная недостаточность, связаная с комбинированным стенозом митрального и аортального клапанов. В течение последующих пяти лет постепенно нарастала одышка, отеки ног, по утрам наблюдались отеки лица. В 1996 году, в связи с ухудшением состояния, планировалась госпитализация в центр сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева.*

*В январе 1996 года больная перенесла инсульт, связанный с тромбоэмболией в области правого полушария мозжечка на фоне артериальной гипертензии (170/100), ранее случаи повышения давления не фиксировались. Была проведена трепанация черепа в проекции задней черепной ямки с удалением детрита. В сентябре 1996 года больная была госпитализирована в центр сердечнососудистой хирургии где была проведена митральная и аортальная комиссуротомия.*

*Состояние больной улучшилось: уменьшилась одышка, исчезли отеки. Были назначены диуретики, дигоксин, фенилин. В течение года состояние больной оставалось удовлетворительным.*

*В 1997 году на фоне самостоятельного уменьшения дозировки препаратов, вновь появилась одышка, увеличились отеки голеней и стоп. Больная была госпитализирована в клинику проф.заболеваний, где после коррекции терапии ее состояние стабилизировалось. Амбулаторно было продолжено лечение дигоксином, фенилином и диуретиками.*

*В дальнейшем больная госпитализировалась регулярно раз в год в клинику проф.заболеваний с жалобами на усиление одышки, отеков конечностей, в клинике ее состояние улучшалось, но в течение года, симптомы вновь нарастали.*

*С жалобами на нарастание одышки и отеков больная была госпитализирована 21.08 этого года.*

***Anamnesis Vitae:***

*Родилась в 1955г. В развитии от сверстников не отставала. Болела редко, но ангины протекали тяжело. Получила высшее образование(институт им. Плеханова).*

*До 1992г. работала бухгалтером. С 1992г. -инвалид 2 группы (порок сердца, сердечная недостаточность) не работает.*

*Семейный анамнез: Замужем, двое детей (сын и дочь). Жилищные условия хорошие, питание без особенностей.*

*Гинекологический анамнез: Менархе - в 13 лет. 5 беременностей, 2 родов. Менопауза - в 42 года.*

*Аллергологический анамнез не отягощен.*

*В анамнезе - гемотрансфузия.*

*Наследственный анамнез: Отец умер в возрасте 76 лет от инфаркта миокарда. Мать страдает гипертонической болезнью. Двое братьев и сестра практически здоровы.*

*Перенесенные операции: 1980г. - удаление кисты правого яичника, 1996г. - комиссуротомия митрального и аортального клапанов.*

*Вредные привычки: Алкоголем не злоупотребляет, не курит.*

***Status praesens:***

***Общее состояние:*** *удовлетворительное.*

***Положение*** *активное, сознание ясное.*

***Телосложение*** *по гиперстеническому типу: Рост 165см. Вес 80кг.*

***Кожные покровы и видимые слизистые*** *чистые, акроцианоза нет.*

*Тургор кожи сохранен.*

*Ногти без изменений.*

*Волосяной покров - по женскому типу.*

***Подкожная клетчатка*** *развита умеренно. Пастозность голеней и стоп.*

***Лимфатические узлы*** *не увеличены, их пальпация безболезненна.*

***Мышечная система*** *развита умеренно, атрофии мышц нет, тонус их не снижен.*

***Костно-суставная система****: Деформаций, утолщений костей или суставов нет. Пальпация безболезненна. Движения в суставах сохранены в полном объеме.*

***Система органов дыхания:***

*Дыхание через нос свободное. Обоняние сохранено.*

*Форма грудной клетки коническая. Правая и левая половины грудной клетки симметричны и равномерно участвуют в дыхании. Вспомогательные мышцы в дыхании не участвуют.*

*Над- и подключичные ямки не выбухают, одинаково выражены справа и слева.*

*Тип дыхания - грудной. На коже - послеоперационный шрам.*

*Частота дыхательных движений - 20 в минуту. Ритм правильный.*

*При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается.*

*Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.*

*Перкуторный звук - ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.*

*Границы легких в норме. Подвижность нижнего края легких справа и слева - 3см.*

*Аускультация легких: дыхание везикулярное выслушивается над всей поверхностью легких. Хрипов нет.*

***Сердечно-сосудистая система:***

*При осмотре области сердца изменений не выявлено. Отмечается отчетливая пульсация сонных артерий.*

*Верхушечный толчок не определяется.*

*Сердечный толчок отсутствует.*

*Пульсации в эпигастральной области нет.*

*Границы сердца: Справа - 2см. от правого края грудины.*

*Слева - 1см. латеральнее среднеключичной линии.*

*Сверху - край 3 ребра.*

*Аускультация сердца:*

*Тоны* *приглушены, аритмичны.*

*Частота сердечных сокращений 84 удара в минуту.*

*Дефицит пульса - 5.*

*На всех точках выслушивается грубый систолический шум.*

*Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, аритмичный, с частотой 79 в минуту, умеренного наполнения, ненапряженный.*

*Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст.*

*При аускультации крупных сосудов шумы не выслушиваются.*

***Система органов пищеварения:***

*Аппетит сохранен. Вкусовые ощущения не изменены. Глотание свободное, безболезненное. Кишечник работает нормально, стул регулярный.*

*Осмотр: Слизистая рта без изменений, чистая, розовая.*

*Живот округлой формы симметричен, мягкий, пальпация его безболезненна. Кишечник не пальпируется.*

*Край печени при пальпации мягкий безболезненный, выступает из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 9/3-8-7см.*

*Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность в точке желчного пузыря отсутствует.*

*Поджелудочная железа не пальпируется, пальпация в ее области также безболезненна.*

*Селезенка не пальпируется, ее область безболезненна. Продольный размер селезенки - 13см.*

***Выделительная система:***

*Мочеотделение не нарушено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Никтурии, дизурии нет.*

*При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Болезненность при пальпации в области почек и мочеточников отсутствует. Поколачивание в области почек безболезненное.*

***Нервная система:***

*Сознание ясное, поведение адекватное.*

*Четкий нистагм при взгляде вправо. Легкая асимметрия носогубных складок, опущен правый угол рта.*

*Нарушена кожная чувствительность слева.*

*Субъективно иногда отмечается легкое головокружение, неустойчивость при ходьбе, слабость мышц правой половины тела.*

**Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:**

*Электрокардиография: ЭОС расположена горизонтально. Тахисистолия, фибрилляция предсердий. Признаки выраженного изменения миокарда предсердий и преимущественно левого желудочка со снижением его кровоснабжения(изменение сегмента ST u зубца T ).*

*Эхо-кардиография: Состояние после операции на сердце(в 96г.)*

*Левые камеры расширены: предсердие - 5,0см. (N-3,5)*

*желудочек - 5,5 - 5,6см. (N-5,0)*

*Правый желудочек расширен - 4,0см.*

*Легочный ствол расширен - 3,2см.*

*Стенки левого желудочка гипертрофированы: ТМПЖ-1,25см.*

*ТЗСЛЖ-1,35см.*

*Створки митрального клапана уплотнены, утолщены с включениями кальция. Определяется сращение по комиссурам, движение задней створки ограничено. Митральное отверстие -*

*2,6-0,97см. Аортальный клапан: створки значительно утолщены, уплотнены с крупноглыбчатыми включениями кальция. Сепарация створок снижена(1,3см.).*

*Трикуспидальный клапан: створки с участками уплотнения и мелкоглыбчатыми включениями кальция. Движение створок разнонаправлено.*

*ДоплерКГ: Картина рестеноза левого атриовентрикулярного отверстия, митральная недостаточность 1-2 степени. Аортальный рестеноз, аортальная недостаточность 2 степени. Трикуспидальная недостаточность 1-2 степени. Легочная гипертензия, регургитация через клапан легочного ствола.*

*Рентгенография органов грудной полости: Плевральные синусы свободны. Междолевая плевра очерчена слева, костальная плевра подчеркнута. Легочный рисунок без инфильтративных затемнений, усилен за счет интерстициального пневмосклероза, больше выраженного в средних и нижних отделах, а также за счет сосудистого компонента. правый корень скрыт за тенью сердца, левый корень структурен. Аорта не расширена.*

*Сердце горизонтально расположено, поперечник его расширен(18,5см.)- преимущественно за счет правого желудочка и незначительно- левого.*

*Начальные признаки деформирующего остеохондроза грудного отдела позвоночника.*

*УЗИ щитовидной железы: Железа не увеличена(правая доля-30\*14\*12мм. левая доля-32\*16\*13мм.). Слева- однородный участок инфильтрации - 4мм.*

*УЗИ брюшной полости:*

*Печень увеличена за счет левой доли. Контуры ровные, умеренное диффузное изменение паренхимы. Расширение печеночных вен до 13мм., нижней полой вены - до 26мм. Внутрипеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, его стенки утолщены до 4мм. Камней нет.*

*Поджелудочная железа не увеличена, ее контуры ровные, паренхима однородная.*

*Селезенка увеличена(130\*53), ее структура достаточно однородная. Вены портальной системы не изменены.*

*Почки обычно расположены, контуры ровные, размеры нормальные. Толщина паренхимы - 17мм. Чашечно-лоханочная система не расширена.*

*Свободной жидкости в брюшной полости нет.*

***Общий анализ крови:***

*Hb - 140 г/л.*

*Эритроциты - 4,2\*10*

*Цветовой показатель - 1,0*

*Лейкоциты - 6,3\*10*

*палочкоядерные - 2%*

*сегментоядерные - 62%*

*эозинофилы - 2%*

*лимфоциты - 31%*

*моноциты - 3%*

*СОЭ -15мм./ч.*

***Биохимический анализ:***

*Общий белок - 8,6 г%*

*Альбумин - 5,0 г%*

*Креатинин - 0,7 мг%*

*Неорганические фосфаты - 4,2 мг%*

*Глюкоза - 98 мг%*

*Азот мочевины - 18 мг%*

*Мочевая кислота - 6,1 мг%*

*Общий билирубин - 2,2 мг%*

*Прямой билирубин - 1,0 мг%*

*Натрий - 140,3 мЭкв.*

*Калий - 4,46 мЭкв.*

*Триглицериды - 42*

*Общий холестерин - 160*

*Общий анализ мочи:*

*Цвет нормальный.*

*Среда - кислая*

*Удельный вес - 1,020*

*Прозрачность полная*

*Белок - ---*

*Сахар - ---*

*Ацетон - ---*

*Желчные пигменты - ---*

*Осадок - ---*

*Эпителиальные клетки - мало*

*Лейкоциты - 2-3 в поле зрения*

*Эритроциты - 0-1 в поле зрения*

*Цилиндры - ---*

*Слизь - мало*

*Обоснование диагноза:*

*На первом этапе диагностики выявляемый при аускультации пансистолический шум при ослабленных тонах позволяет предположить наличие порока сердца. Локализация шума на верхушке сердца в сочетании с ослаблением 1 тона свидетельствует о недостаточности митрального клапана. Систолический шум на основании сердца и в точке Боткина характерен для аортального стеноза, который может объяснить и ослабление 2 тона (систолический шум при атеросклерозе аорты сопровождается усилением 2 тона). В данном случае можно предположить наличие пороков обоих клапанов.*

*Рентгенографические признаки длительно существующей легочной гипертензии (усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента и интерстициального пневмосклероза) и гипертрофии правого желудочка являются косвенными проявлениями митрального стеноза. Нарастание одышки через год после коммисуротомии является признаком развития рестеноза митрального клапана, являющегося осложненной формой течения ревматического процесса. Следствием декомпенсации митрального порока являются застойные явления по большому кругу, проявляющиеся отеками, гепато- и спленомегалией, выявленным на УЗИ расширением нижней полой и печеночных вен.*

*Признаки гипертрофии левого желудочка (определяемое перкуторно смещение левой границы сердца, подтвержденное рентгенологически) дополняют аускультативную картину аортального стеноза, наличием которого можно объяснить появление кардиалгии и снижение артериального давления(100/60).*

*ЭКГ-признаки нарушения кровоснабжения миокарда также являются следствием порока аортального клапана.*

*ЭхоКГ позволяет достоверно поставить диагноз рестеноза митрального и аортального клапанов в сочетании с их недостаточностью, а также с недостаточностью трикуспидального клапана.*

*Основной причиной возникновения мерцательной аритмии является тиреотоксикоз, хотя возможно и митральный порок играл при этом определенную роль. Мерцательная аритмия диагностирована на основании ЭКГ и объясняет феномен дефицита пульса и жалобы на сердцебиение, "перебои в работе сердца".*

*Дифференциальный диагноз:*

*Сочетание стеноза митрального и аортального клапанов, наблюдающееся у пациентки сравнительно молодого возраста, позволяет в первую очередь предположить ревматический характер поражения клапанов.*

*Принципы терапии:*

*Постоянная форма мерцательной аритмии требует применения сердечных гликозидов для предотвращения тахисистолии, с этой целью назначен дигоксин 0.025мг. (по 0.5 таблетки 2 раза в день).*

*В связи с наличием порока клапанов, осложненного мерцательной аритмией, возрастает риск тромбоэмболии, которая уже послужила причиной инсульта. Для профилактики подобных осложнений назначен фенилин 0.3 (0.5 таблетки утром).*

*Для улучшения мозгового кровообращения и процессов метаболизма в мозге назначены кавинтон 0.005 (3 раза в день) и ноотропил 0.4(3 раза в день).*

*В виду прогрессирующей сердечной недостаточности, целесообразно назначение эналаприла 0.01 (1/4 таб. 2 раза в день), повышение дозы до оптимальной терапевтической 0.01-0.02мг./сут. потребует тщательного контроля за уровнем артериального давления, с учетом исходной тенденции к гипотонии. Для терапии сердечной недостаточности следует также назначить фуросемид 2 раза в неделю.*

*Специфических методов консервативного лечения пороков сердца нет, следовательно наиболее рациональным решением является постановка вопроса о протезировании митрального и аортального клапанов. Было доказано, что закрытые повторные вмешательства при рестенозе малоэффективны, довольно рискованны, что связано с выраженными морфологическими изменениями клапанного аппарата, с перспективой развития недостаточности клапана. При этом также отсутствует возможность адекватной коррекции гемодинамически значимого сопутствующего порока трикуспидального клапана, который значительно ухудшает внутрисердечную гемодинамику и результаты операции. Показанием к операции является возраст больной, выраженная легочная гипертензия, наличие в анамнезе тромбоэмболии. В настоящее время вопрос об операции уже поставлен.*

***Московская Медицинская Академия***

***им. И. М. Сеченова***

***Кафедра терапии***

***и профессиональных заболеваний.***

***История Болезни***

*Преподаватель:*

*Исполнитель.*