Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова

Медико-психолого-социальный институт

Кафедра внутренних болезней

Заведующий кафедрой: д.м.н. профессор О.В. Штыгашева

Преподаватель: доцент, к.м.н. О.В. Янченко

Академическая история хронической ревматической болезни сердца

Куратор: студент группы ЛД-41

Грачев Иван Анатольевич

Сроки курации: с 15.10. по 22.10.2010 г.

Диагноз:

Хроническая ревматическая болезнь сердца.

Приобретенный комбинированный

аортально – митрально – трикуспидальный порок сердца.

Состояние после репротезирования аортального клапана механическим протезом, протезирования митрального клапана механическим протезом, пластики трикуспидального клапана, аортопластики от 08.2010 г.. Полная АВ-блокада. Реципрокная пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Желудочковая экстрасистолия. Имплантированный электрокардиостимулятор DDDR (08.2010 г.). Гипертоническая болезнь III ст., II степ., риск IV. Состояние после острого нарушения мозгового кровообращения (2006г.). Стабильная стенокардия напряжения III.

Хроническая сердечная недостаточность III ст., NYHA IV.

**Паспортная часть**

Каскараков Иван Иванович, 61 год, женат, высшее, инвалид II группы III степени, проживает по адресу республика Хакасия, Бейский район, поселок Ерба, поступил планово, 4.10.2010 г., 1 терапевтическое отделение.

**Жалобы**

На чувство беспорядочного сердцебиения при минимальной физической нагрузке и иногда в покое, купирующееся в/в введением верапамила и пероральным введением эналаприла. Во время приступа - боли в области сердца различного характера без иррадиации, проходящие после купирования приступа или от приема нитроглицерина ингаляционно. Одышку с затруднением вдоха и выдоха во время приступа и при подъеме на 1 лестничный пролет, проходящую в покое и после купирования приступа. Головокружение, ухудшение памяти. Эпизоды потери сознания.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больным с 1970 года, когда впервые почувствовал перебои в сердечной деятельности. Заболевание развилось постепенно, в 1993 году обратился в поликлинику по поводу перебоев в работе сердца, у него был диагностирован аортальный порок сердца, в этом же году ему установлена инвалидность. Получал симптоматическую медикаментозную терапию (препараты не помнит). 2-3 раза в год ежегодно проходит плановое лечение в стационаре.

В 1995 году, в связи с ухудшением состояния, был направлен в НИИ ПК им. Е.Н. Мешалкина г. Новосибирска, где ему была проведена операция протезирования аортального клапана механическим протезом. Была назначена терапия медикаментозными средствами, назвать которые больной затрудняется.

В 2008 году, после чреспищеводного электрофизиологического исследования, была выявлена наджелудочковая тахикардия. В апреле 2010 года, по результатам ЭКГ, выявлена полная АВ-блокада. По результатам УЗИ выявлена дилатация полости левого желудочка, критические изменения протезированного аортального клапана, митрального и трикуспидального. В связи с чем, был повторно направлен в НИИ ПК им. Е.Н. Мешалкина г. Новосибирска.

В августе 2010 года ему были проведены операции: имплантация электрокардиостимулятора DDDR, репротезирование аортального клапана механическим протезом, протезирование митрального клапана механическим протезом, пластика трикуспидального клапана биологическим ксенопротезом, аортопластика расширенной восходящей части аорты.

Через 2 недели после операции состояние ухудшилось: участились приступы пароксизмальной наджелудочковой тахикардии (ежедневные от 1 до 3 приступов в сутки). Обратился в поликлинику и был направлен в ХРБ им. Г.Я. Ремишевской.

04.10.2010 года поступил в первое терапевтическое отделение Хакасской республиканской больницы им. Г.Я. Ремишевской для планового обследования и лечения.

**Anamnesis vitae**

Родился в с. Бея в полной семье. Материально-бытовые условия в семье удовлетворительные. Высшее ветеринарное образование. В связи с ухудшающимся состоянием пришлось сменить много профилей работы, в итоге ему дана II группа инвалидности III степени. Санитарно-гигиенические условия рабочего места соответствовали норме. Питание трёхразовое, полноценное, регулярное. Калорийность пищевого рациона соответствует энергетическим затратам, рацион ограничен в поваренной соли и животных жирах. Физические нагрузки вне приступа средней интенсивности, не систематические. Отдых достаточный. Женат, имеет двоих взрослых детей, оба родились здоровыми. В 2006 году перенес острое нарушение мозгового кровообращения, ретроградную амнезию. В детстве часто болел ангиной и ОРЗ. С детства помутнение роговицы. Наследственный анамнез отягощен: брат умер от сердечно-сосудистого или почечного заболевания в возрасте около 50 лет. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергологический анамнез: реакции на магния сульфат, баралгин, но-шпа. Сахарный диабет, туберкулез, венерологические заболевания у себя и со стороны близких родственников отрицает.

**Status praesens Inspectio**

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение гиперстеническое, рост 174 см, масса тела 78 кг, ИМТ=25,8, повышенного питания, температура тела 36,8, выражение лица спокойное, кожные покровы обычные. Рубец на передней наружной поверхности грудной клетки от срединной стернотомии розового цвета, безболезненные, гладкие и три рубца в эпигастральной области округлой формы, диаметром 0,8 см, розового цвета, безболезненные. Кожные покровы сухие, тургор нормальный, оволосенение по мужскому типу. Видимые слизистые розовые, умеренно влажные, ногти не изменены, розового цвета, без исчерченности. Подкожная клетчатка умеренно развита, отеки отсутствуют, подкожная клетчатка безболезненна при пальпации. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Боли в левом тазобедренном суставе во время длительной ходьбы –это жалобы!, состояние после стернотомии ?.

**Сердечно-сосудистая система**

Сосуды шеи без видимой патологии. Расширения вен туловища не выявлено. Вены не уплотнены. Данные ЭКГ: ритм кардиостимулятора, полная АВ-блокада. Измерение АД по методу Короткова: на левой руке САД=140 мм.рт.ст., ДАД=100 мм.рт.ст., на правой руке САД=140 мм.рт.ст., ДАД=100 мм.рт.ст., чувствует себя хорошо при давлении 120/80 мм.рт. ст., которое поддерживается за счет антигипертензивных препаратов, максимальные цифры АД 200/120 мм.рт.ст., периодически регистрирующиеся. Ps симметричный, ритмичный, стенка артерии в тонусе, нормального наполнения и напряжения, частота 82 пульсации в минуту. Верхушечный толчок разлитой локализуется в шестом межреберье, от левой срединно-ключичной линии до линии на 3,5 см влево от срединно-ключичной линии, нормальной силы, ограниченный. Эпигастральная пульсация связана с пульсациями брюшной аорты и сердца, нормальной силы, ограниченная. Пальпаторно болезненности в области сердца не выявлено. Границы относительной сердечной тупости: верхняя — верхний край III ребра, левая — 3,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая — 2 см кнаружи от правой парастернальной линии. Границы абсолютной сердечной тупости: левая — 2,5 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости, правая — левый край грудины. Ширина сосудистого пучка — 6 см, правая граница — 1 см вправо от правого края грудины во II межреберье, левая граница — левый край грудины во II межреберье. Аускультативная картина сердца: наджелудочковая тахикардия, желудочковая экстрасистолия. ЧСС=80 ударов в минуту. Выслушивается во всех аускультативных точках мелодия механического клапана.

**Система органов дыхания**

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка гиперстенической форма, над- и подключичные ямки нормальные, межреберные промежутки умеренной ширины, эпигастральный угол тупой, боковой размер грудной клетки преобладает над передне-задним, грудная клетка симметрична. Позвоночник не искривлен. Окружность грудной клетки 87 см, на выдохе 85 см, на вдохе 93 см. Смешанный тип дыхания, дыхательные движения симметричны, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует, ЧДД=20 в минуту, дыхание поверхностное, ритмичное, объективных признаков затруднения вдоха и выхода нет. Грудная клетка эластична. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках. Над легочной тканью ясный легочный перкуторный звук. Высота стояния верхушек спереди: правого легкого — 3 см выше первого ребра, левого легкого — 4 см выше первого ребра, сзади — уровень VII шейного позвонка. Нижняя граница: правого легкого — V межреберье по парастернальной линии, VI ребро по срединно-ключичной линии, VII ребро по передней подмышечной линии, VIII ребро по средней подмышечной линии, IX ребро по задней подмышечной линии, X ребро по лопаточной линии, остистый отросток XI грудного позвонка, левого легкого — VII ребро по передней подмышечной линии, VIII ребро по средней подмышечной линии, IX ребро по задней подмышечной линии, X ребро по лопаточной линии, остистый отросток XI грудного позвонка. Экскурсия нижнего края: левого легкого — по средней подмышечной линии на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, суммарная 6 см, по лопаточной линии на вдохе 2 см, на выдохе 2 см, суммарная 4 см, правого легкого — по срединно-ключичной линии на вдохе 2 см, на выдохе 2 см, суммарная 4 см, по средней подмышечной линии на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, суммарная 6 см, по лопаточной линии на вдохе 2 см, на выдохе 2 см, суммарная 4 см. Над симметричными отделами легких выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, проводится равномерно, побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония над симметричными участками одинаковая.

**Пищеварительная система**

Слизистая полости рта нормальной влажности, розовая. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, видимой перистальтики желудка и кишечника не выявлено, грыжевых выпячиваний нет. Окружность живота 85 см. При ориентировочной поверхностной пальпации болезненности кожи и подкожной клетчатки нет. Мышцы передней брюшной стенки в тонусе, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации изменений внутренных органов не выявлено. Тимпанический перкуторный звук. Размеры по Курлову: по правой срединно-ключичной линии 10 см от верхней границы абсолютной печеночной тупости, совпадающей с нижней границей правого легкого, по передней срединной линии 9 см, по краю левой реберной дуги 7см, симптом Ортнера отрицательный. Френикус-симптом отрицательный, симптом Керра отрицательный.

**Органы мочеотделения**

Видимых изменений поясничной области не выявлено. Отеков нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Болей при мочеиспускании нет. Диурез в норме.

**Нервная и эндокринная система**

Щитовидная железа не пальпируется, конфигурация шеи не изменена. Глазные симптомы не проверяются. Симптома полидипсии нет. Сон не нарушен. Головные боли умеренные, не постоянные, проходят в покое, Компенсированная ретроградная амнезия. Синкопальные эпизоды. –это жалобы и данные анамнеза ( как часто, на фоне чего? )

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного: сердцебиение при минимальной физической нагрузке и иногда в покое, купирующееся в/в введением верапамила и пероральным введением эналаприла. Во время приступа - боли в области сердца различного характера без иррадиации, проходящие после купирования приступа или от приема нитроглицерина ингаляционно. Одышку во время приступа и при подъеме на 1 лестничный пролет, проходящую в покое и после купирования приступа. Головокружение, ухудшение памяти.

На основании данных анамнеза: ревматизм более 40 лет, приобретенный аортальный порок сердца с 1993 г., протезирование аортального клапана механическим протезом в 1995 г. ОНМК в 2006 г. Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия с 2008 г., полная АВ блокада с 2010 г., Имплантация электрокардиостимулятора DDDR, репротезирование аортального клапана механическим протезом, протезирование митрального клапана механическим протезом, пластика трикуспидального клапана биологическим ксенопротезом, аортопластика расширенной восходящей части аорты -в августе 2010 г.

Учитывая данные ЭКГ: наджелудочковая тахикардия, желудочковая экстрасистолия.

Складывается впечатление о диагнозе:

Хроническая ревматическая болезнь сердца. Приобретенный комбинированный аортально – митрально – трикуспидальный порок сердца. Состояние после репротезирования аортального клапана механическим протезом, протезирования митрального клапана механическим протезом, пластики трикуспидального клапана, аортопластики от 08.2010 г.. Полная АВ-блокада. Реципрокная пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Желудочковая экстрасистолия. Имплантированный электрокардиостимулятор DDDR (08.2010 г.). Гипертоническая болезнь III ст., II степ., риск IV. Состояние после острого нарушения мозгового кровообращения (2006г.). Стабильная стенокардия напряжения III. Хроническая сердечная недостаточность III ст., NYHA IV.

**План обследования**

1. ЭКГ-динамика
2. Холтеровское мониторирование ЭКГ
3. ЭхоКГ
4. Коагулограмма
5. Биохимический анализ крови
6. ЧПЭФИ.
7. Консультация невропатолога

**План лечения**

1. Назначить диету с ограничением соли и животных жиров;
2. Рекомендовать ограничение физических нагрузок;
3. Назначить Кардиомагнил 100мг внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки;
4. Назначить антикоагулянты Клексан 0,3 мл п/к, Варфарин 25мг внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки для профилактики тромбообразования, контроль свертываемости крови;
5. Назначить ингибитор АПФ Эналаприл 10мг внутрь по 1 таблетке 2 раза в день;
6. Назначить селективный бета-адреноблокатор Конкор 5мг внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки;
7. Назначить Поляризующий раствор 200мл в/в капельно.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований**

**ЭКГ:** ритм электрокардиостимулятора, ЧСС 68 ударов в минуту, во время приступа до 150 ударов в минуту, единичные желудочковые экстрасистолы, имеются также бигеминии и тригеминии. Зубец R максимальный в V6, зубец S максимальный в V2, что свидетельствует о гипертрофии левого желудочка.

**ЭхоКГ:** значительная дилатация полости левого желудочка.

**Биохимический анализ крови:** холестерин — 3,82, общий белок — 79,0, мочевина - 4,6, креатинин — 109,0, ТАГ — 0,8, общий билирубин — 18,0, глюкоза — 5,6, RW-отр..

**ЧПЭФИ:** реципрокная наджелудочковая тахикардия.

Таблица 1. - Дневники наблюдения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Динамика жалоб и физикальных данных | Лечение в стационаре |
| 15.10.10 | Приступ наджелудочковой тахикардии, сознание ясное, положение временно вынужденное, АД L140/100, R140/100 мм.рт.ст., дыхание ослабленное везикулярное в нижних отделах легких, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД 20 в минуту, ЧСС после купирования приступа 80, температура 36,8.  Врач: Грачев И.А. | в/в Верапамил 5 мг струйно медленно |
| 19.10.10 | Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, АД L125/80, R125/85, дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД 20 в минуту, ЧСС 68, температура 36,6. Больной пожаловался, что в воскресенье после обеда в покое вновь случился приступ наджелудочковой тахикардии с ЧСС 150 в минуту, АД 160/100 мм.рт.ст.  Врач: Грачев И.А. | Приступ был купирован в/в введением верапамила 5 мг струйно медленно. |
| 20.10.10 | Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, АД L110/70, R115/70 мм.рт.ст., ЧСС 66 в минуту. Больной пожаловался на умеренную тахикардию с утра.  Врач: Грачев И.А. | Проведена беседа с больным о возможных вариантах самостоятельного купирования пароксизмов. |

**Клинический диагноз и его обоснование**

Хроническая ревматическая болезнь сердца. Приобретенный комбинированный аортально – митрально – трикуспидальный порок сердца. Состояние после репротезирования аортального клапана механическим протезом, протезирования митрального клапана механическим протезом, пластики трикуспидального клапана, аортопластики от 08.2010 г.. Полная АВ-блокада. Реципрокная пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Желудочковая экстрасистолия. Имплантированный электрокардиостимулятор DDDR (08.2010 г.). Гипертоническая болезнь III ст., II степ., риск IV. Состояние после острого нарушения мозгового кровообращения (2006г.). Стабильная стенокардия напряжения III. Хроническая сердечная недостаточность III ст., NYHA IV.

Доказательством хронической ревматической болезни сердца служат данные анамнеза о частых ангинах и ОРЗ, развившемся пороке аортального, митрального и трикуспидального клапанов. Приобретенный порок сердца диагностирован на основании общего осмотра, данных ЭхоКГ, ЭКГ. Данные о следующих операция также выносятся в диагноз: репротезирование аортального клапана механическим протезом, протезирование митрального клапана механическим протезом, пластика трикуспидального клапана, аортопластика, имплантация электрокардиостимулятора DDDR по поводу полной АВ-блокады. Полная АВ-блокада диагностирована по ЭКГ. Диагноз реципрокной наджелудочковой тахикардии ставится по данным жалоб на чувство беспорядочного сердцебиения при минимальной физической нагрузке и иногда в покое и ЧПЭФИ. Желудочковая экстрасистолия выявлена по ЭКГ. Диагноз гипертонической болезни выставлен участковым врачом поликлиники по месту жительства пациента до того, как он начал получать постоянную антигипертензивную терапию. Состояние после острого нарушения мозгового кровообращения диагностируется на основании жалоб на головокружение и ухудшение памяти и данные анамнеза о перенесенном в 2006 году ишемическом инсульте. Диагноз стабильная стенокардия напряжения III ставится на основании жалоб на боли в области сердца, никуда не иррадиирующие, различного характера, возникающие во время приступа тахикардии и при умеренной физической нагрузке, проходящие после прекращения приступа или от приема ингаляционной формы Нитроглицерина. Диагноз хроническая сердечная недостаточность III стадии по Василенко-Стражеско, NYHA IV ставится на основании того, что у больного имеются выраженные нарушения гемодинамики, по поводу чего он был прооперирован (протезирование и пластика клапанов сердца), им было перенесено ОНМК, у него выявлена дилатация левого желудочка, смешанная одышка во время приступа и при подъеме на 1 лестничный пролет, выполнение минимальной физической нагрузки вызывает у него дискомфорт в области сердца.

**Этапный эпикриз** **от 21.10.2010 г.**

Больной Каскараков Иван Иванович, 61 год, находится в ХРБ им. Г.Я. Ремишевской в первом терапевтическом отделении с 04.10.2010 г. по настоящее время.

**Клинический диагноз:** Хроническая ревматическая болезнь сердца. Приобретенный комбинированный аортально – митрально – трикуспидальный порок сердца. Состояние после репротезирования аортального клапана механическим протезом, протезирования митрального клапана механическим протезом, пластики трикуспидального клапана, аортопластики от 08.2010 г.. Полная АВ-блокада. Реципрокная пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Желудочковая экстрасистолия. Имплантированный электрокардиостимулятор DDDR (08.2010 г.). Гипертоническая болезнь III ст., II степ., риск IV. Состояние после острого нарушения мозгового кровообращения (2006г.). Стабильная стенокардия напряжения III. Хроническая сердечная недостаточность III ст., NYHA IV.

**Поступил с жалобами** на чувство беспорядочного сердцебиения при минимальной физической нагрузке и иногда в покое, купирующееся в/в введением верапамила и пероральным введением эналаприла, во время приступа боли в области сердца различного характера не иррадиирующие, проходящие после купирования приступа или от приема нитроглицерина ингаляционно, смешанную одышку во время приступа и при подъеме на 1 лестничный пролет, проходящий в покое и после купирования приступа, головокружение, ухудшение памяти.

**В анамнезе** частые ангины, перебои в работе сердца с 1970 г., ППС с 1993 г., в 1995 году операция протезирования аортального клапана механическим протезом. В 2010 году - операция репротезирования аортального клапана механическим протезом, протезирования митрального клапана механическим протезом, пластики трикуспидального клапана биологическим ксенопротезом, аортопластика, имплантации электрокардиостимулятора DDDR, аортопластики, В 2006 году перенес ОНМК, ретроградную амнезию. Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия с 2008 г., полная АВ блокада с 2010 г.,

**При физическом исследовании больного** общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожные покровы чистые, живот мягкий, безболезненный, слизистые розовые. При перкуссии смещение левой границы сердца влево на 3 см, правой границы сердца вправо на 1 см, периферических отеков нет. При аускультации во всех аускультативных точках выслушивается мелодия механического клапана. При аускультации легких ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах обоих легких.

**За время госпитализации проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования:**

**ЭКГ:** ритм электрокардиостимулятора, ЧСС 68 ударов в минуту, во время приступа до 150 ударов в минуту, единичные желудочковые экстрасистолы, имеются также бигеминии и тригеминии. Зубец R максимальный в V6, зубец S максимальный в V2, что свидетельствует о гипертрофии левого желудочка.

**ЭхоКГ:** значительная дилатация полости левого желудочка.

**Биохимический анализ крови:** холестерин — 3,82, общий белок — 79,0, мочевина - 4,6, креатинин — 109,0, ТАГ — 0,8, общий билирубин — 18,0, глюкоза — 5,6, RW-отр..

**ЧПЭФИ:** реципрокная наджелудочковая тахикардия.

В период пребывания больного в стационаре проведена консультация невропатолога, который подтвердил диагноз состояние после острого нарушения мозгового кровообращения и рекомендовал назначить ноотропное средство, для улучшения мозгового кровообращения.

**Больному проведено следующее лечение:**

1. Диета с ограничением соли и животных жиров;
2. Кардиомагнил 100мг внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки;
3. Варфарин 25мг внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки;
4. Эналаприл 10мг внутрь по 1 таблетке 2 раза в день;
5. Конкор 5мг внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки;
6. Поляризующий раствор 200 мл в/в капельно;
7. Клексан 0,3 мл п/к;
8. Ноотропил 400мг внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.

В результате лечения, существенной положительной динамики в состоянии больного не наблюдается. На фоне медикаментозной терапии у больного ежедневно отмечаются приступы наджелудочковой тахикардии и желудочковой экстрасистолии.

**Рекомендовано:** Холтеровское мониторирование ЭКГ (с целью исключения безболевой ишемии миокарда, уточнения характера нарушения ритма сердца в течение суток, связи приступов ишемии и аритмии с физической нагрузкой), коагулограмма (контроль терапии антикоагулянтами и дезагрегантами). Подготовить больному направление в НИИ ПК им. Е.Н. Мешалкина г. Новосибирска, для катетерной радиочастотной деструкции очага эктопического автоматизма.