Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова

Кафедра внутренних болезней № 4

#### История болезни по терапии

Исполнитель: студент 4 курса л/ф

40 группы

Брицко Д. Б.

Преподаватель: Юраж В. Я.

Москва 2001 г.

Паспортная часть:

Фамилия, Имя, Отчество больного: Соловьев Михаил Николаевич

Возраст: 74 года

Профессия: пенсионер, инвалид II группы (раньше работал грузчиком)

Местожительство: Москва, ул. Бнехская 5 — 179

Время поступления в клинику: 08 ноября 2001 года в 15.50

Дата курации: 29.11 01.

Жалобы больного на момент поступления: На одышку, возникающую при незначительной нагрузки, лежа при низкой подушки, преимущественно по ночам. Кашель с выделением слизистой мокроты. Увеличивающиеся отеки голеней, увеличение живота из-за скопления жидкости. Периодические боли в области сердца, сжимающего характера, средней интенсивности, без иррадиации, возникающие без связи с физической нагрузкой, не проходящие после приема нитроглицерина. Частые подъемы артериального давления до 200/100 мм. рт. ст.

История настоящего заболевания: Больной в возрасте 17 лет в 1947 году перенес ревматизм по поводу чего находился в стационаре. Через 3 года был диагностирован порок митрального клапана. После этого больного жалобы не беспокоили, он вел обычный образ жизни, работал грузчиком. С возраста 55 лет состояние больного стало ухудшаться: появились подъемы артериального давления (была выставлена гипертоническая болезнь), появились периодические боли в области сердца, одышка, отеки, мерцательная аритмия. Больной стал наблюдаться в районной поликлинике, проходить лечение 2 раза в год в стационаре. Последняя госпитализация в феврале 2001 года в ГКБ № 63. Вышеизложенные жалобы при госпитализации развились в течение 3 недель.

Anamnesis vitae: Родился в сельской местности, в деревне Курской области. Жил в частном доме. Условия существования были плохими, питание получал нерегулярное (находился на оккупированной территории во время войны). Из образования закончил только 4 класса в общеобразовательной школе. С 1946 года проживает в Москве. На данный момент жилищные условия хорошие, живет в отдельной квартире, в семье.

Перенесенные заболевания: В детстве перенес корь, краснуху, паротит (без осложнений). Часто болел простудными заболеваниями, ангинами. В возрасте 41 года находился в стационаре в урологическом отделение с диагнозом: мочекаменная болезнь, правосторонняя почечная колика, в результате лечения конкремент вышел самостоятельно, в дальнейшем жалоб на мочекаменная болезнь не было. В 56 лет было произведена операция — грыжесечение по поводу грыжи белой линии живота.

Наследственный и семейный анамнез: Наличие заболеваний передаваемых по наследству отрицает. Отец умер в возрасте 50 лет от рака пищевода. Мать погибла трагически.

Аллергические проявления: на лекарственные препараты, пищевые продукты, растения и животных отсутствуют.

Вредные привычки: Курит с 12 лет, в настоящий момент выкуривает по одной пачке сигарет в день.

Производственные вредности: Работал грузчиком на кирпичном заводе, занимался погрузкой угля.

Status praesens:

Состояние: средней тяжести.

Положение: на момент курации активное, при поступлении вынужденное ортопное.

Выражение лица: нормальное.

Телосложение: нормостеническое.

Температура: 36.70С

Кожные покровы: чистые, обычной влажности, акроцианоз, окраска видимых слизистых цианотичная. Подкожно-жировая клетчатка умеренного развития, распределена равномерно. Выражена пастозность голеней, при поступлении выраженные периферические отеки на голенях, стопах. Кожа на нижних конечностях бледная, гладкая, напряженная.

Со стороны суставов, костной и мышечной системы патологии нет.

Лимфатические узлы: в норме, при осмотре не видны.

Органы дыхания: Жалобы изложены выше. При осмотре дыхание через нос свободное. ЧДД 22, ритм дыхания правильный. Грудная клетка нормостенической формы. Правая и левая половина симметричные, при дыхании движутся синхронно, при пальпации безболезненны. При пальпации отмечается ригидность грудной клетки. Голосовое дрожание ослаблено в нижних отделах с обеих сторон. Границы легких расширены. Ограничение экскурсии нижнего легочного края. При перкуссии притупление легочного звука в нижних отделах. При аускультации дыхание жесткое. В нижних отделах легких выслушиваются влажные мелкокалиберные незвучные хрипы. На момент поступления выслушивались влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы в верхних отделах легких справа (что также подтверждено рентгенологически). Бронхофония: голосовое дрожание локально ослаблено с обеих сторон в нижних отделах легких.

Органы кровообращения: Жалобы изложены выше. При осмотре области шеи отмечается пульсация сонных артерий. При осмотре области сердца: грудная клетка в области сердца не изменена, сердечного горба нет, сердечный толчок отсутствует. Локальной эктопической пульсации в прекардиальной области нет. Верхушечный толчок определяется в 6 межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии, по характеристикам: разлитой, высокий, усиленный. Пульсации в эпигастральной области и области печени нет.

Перкуторные границы относительной сердечной тупости:

правая: на 1 см кнаружи от правого края грудины

левая: на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии.

верхняя: на 1 см левее левой грудинной линии на уровне II ребра.

Тоны сердца:

I и II тоны ослаблены во всех точках аускультации. III и IV тоны не выслушиваются. На верхушке выслушивается пансистолический шум, дующего, мягкого, тембра, высокой частоты, проводящийся в подмышечную область. Также на верхушке выслушивается протодиастолический, затухающий шум, дующего тембра. При аускультации в точке Боткина-Эрба выслушивается протодиастолический, убывающий шум, мягкого, дующего тембра. Ритм сердца неправильный, ЧСС – 64 в минуту. Частота пульса – 62 в минуту, дефицит пульса 2. Выражено нарушения ритма в виде мерцательной аритмии. Артериальное давление на правой руке 160/90 мм. рт., на левой руке 155/90 мм. рт. ст., при рабочем артериальном давлении 140/80 мм. рт. ст. Пульс на лучевых артериях одинаковый, сосудистая стенка гладкая. Характеристика пульса: аритмичный, высокий и скорый, удовлетворительного наполнения и напряжения. Исследование вен: подкожные вены головы, шеи, грудной клетки, живота, бедер не расширены, не извиты.

Система органов пищеварения: Жалобы на грыжевое выпячивание, периодически возникающие боли схваткообразного характера в правой паховой области.

При осмотре в настоящее время живот симметричный в дыхании участвует равномерно. В положении стоя у медиальной части паховой складки, грыжевое выпячивание овальной формы, размером 10 х 8 см. Болезненное при пальпации в мошонку не опускается, при перкуссии притупление перкуторного звука. В горизонтальном положении грыжа вправляется, при исследовании поверхностное кольцо пахового канала расширено, положительный симптом кашлевого толчка.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, при перкуссии тимпанит. При аускультации выслушиваются нормальные перистальтические шумы. Стул склонность к запорам.

На момент поступления живот был увеличен в размере за счет скопившейся жидкости, форма живота выпуклая. При перкуссии тупой звук в нижних отделах.

Исследование печени: Жалобы на периодические возникающие чувство тяжести в области правого подреберья. Связь с принимаемой пищей отсутствует.

При осмотре области печени выбухания пульсации в области печени нет. Кожные венозные коллатерали отсутствуют. В настоящее время печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, на момент поступления выступала на 6 см. При пальпации печень увеличена, гладкая, мягкая, с округлым краем, безболезненная.

При пальпации селезенка не пальпируется, безболезненная.

Желчный пузырь: Жалоб нет, при пальпации не определяется, безболезненный.

Мочевыделительная система: жалоб нет, мочеиспускание свободно. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Эндокринная система: патологии нет, щитовидная железа не изменена.

Нервно-психическая сфера:

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено. Память снижена. Интеллект средний. Мышление не нарушено. Настроение ровное, поведение адекватное. Нервная система: двигательных нарушений нет, чувствительность сохранена. Менингиальных и очаговых знаков нет.

Предварительный диагноз: Ревматизм, неактивная фаза. Комбинированный митрально-аортальный порок сердца: митральная недостаточность, мерцательная аритмия. Аортальная недостаточность. ГБ II. НК II б. Хронический бронхит в стадии ремиссии, эмфизема легких. Правосторонняя верхнедолевая очаговая пневмония. Правосторонняя вправимая прямая паховая грыжа.

Обоснование предварительного диагноза: После перенесенного ревматизма (к которому предрасположили частые ангины и голодание) у больного имеются данные за митральный порок сердца. За недостаточность митрального клапана: расширение границ сердца влево и вверх (гипертрофия и дилятация левого желудочка и предсердия), ослабление I тона, систолический шум на верхушке, мягкий, проводимый в аксиллярную область. Мерцательная аритмия. За стеноз митрального клапана: протодиастолический шум на верхушке, расширение правой границы сердца, декомпенсация по большому кругу кровообращения. Также имеются данные за недостаточность аортального клапана: пульсация сонных артерий, высокий и скорый пульс, протодиастолический, убывающий шум в V точке аускультации, хотя и имеются противоречивые данные: нет снижения диастолического давления. За недостаточность кровообращения II б стадии говорят выраженные гемодинамические нарушения в большом круге кровообращения (периферические отеки, асцит, увеличение печени) и в малом круге кровообращения (застойные явления в легких). За хронический бронхит в стадии ремиссии: курение с 12 лет, жесткое дыхание, отсутствие сухих свистящих хрипов, выделений мокроты гнойного характера. За эмфизему легких расширение границ легких, ослабленное дыхание, снижение экскурсии нижнего легочного края. За правостороннюю верхнедолевую очаговую пневмонию: предполагающий фактор застойные изменения в легких, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы в верхних отделах легких справа. За правостороннюю, вправимую, прямую паховую грыжу данные осмотра живота.

Больному были произведены исследования и получены следующие данные:

Общий анализ крови от 20. 11. 01. без патологии.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | | Норма |
| WBC | 7,0 G/L | | 4,8—8,8 G/L |
| LYM | 1,8 G/L | | 1,2-3,4 G/L |
| MID | 0,7 G/L | | 0,1-0,6G/L |
| GRN | 4,5 G/L | | 1,4-6,5 G/L |
| % LYM | 259 L/L | | 205-511 L/L |
| % MID | 0,84 L/n | | 0,17-0,93 L/n |
| % GRN | 457 L/L | | 422-457 L/L |
| RBC | 4,17 T/L | | 4,2-6,1 T/L |
| HGB | 133 g/L | | 120-180 g/L |
| СОЭ | 7 Мм/ч | 2-10 Мм/ч | |
| Палочкоядерные | 2% | 1-6% | |
| Сегментоядерные | 70% | 47-72% | |
| Эозинофилы | 1% | 0,5-5% | |
| Базофилы | - | 0-1% | |
| Лимфоциты | 22% | 19-37% | |
| Моноциты | 3% | 3-11% | |

Данные биохимического исследования: без патологии.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Общий белок | 73 г/л | 65-85 г/л |
| Мочевина | 6,0 ммоль/л | 2,5-8,3 ммоль/л |
| Холестерин | 3,1 ммоль/л | до 5,2 ммоль/л |
| Общ. билирубин | 7,15 мкмоль/л | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Триглицериды | 0,93 мкмоль/л | 0,1-2,2 мкмоль/л |
| АлАТ | 26,8 мкмоль/л\*мин | 10-52 мкмоль/л\*мин |
| АсАТ | 40,8 мкмоль/л\*мин | 16-48 мкмоль/л\*мин |
| Глюкоза | 4,0 ммоль/л | 3,9-5,8 ммоль/л |

Общий анализ мочи: без патологии.

Результаты на RW, ВИЧ, HbsAg – отрицательные.

Рентгенограмма легких от 12.11.01.

Правосторонняя верхнедолевая S3 мелкоочаговая пневмония, умеренные застойные изменения в легких. Расширение корней легких с нечеткими контурами. Увеличение левого предсердия, левого желудочка, правого желудочка.

Рентгенограмма легких от 19.11.01.

Очаговых и инфильтративных изменений в легких нет.

Данные ЭКГ: ЧСС 43-73 в минуту. Волны мерцания предсердий. ЭОС отклонена влево. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Гипертрофия обоих желудочков.

Данные ЭХО-КГ: Сочетанный порок сердца. Недостаточность митрального клапана IV степени, аортального клапана I степени, стеноз митрального клапана, кальциноз клапанных структур. Дилятация левого предсердия. Увеличение стенки левого и правого желудочка.

К обоснованию предварительного диагноза проведенные исследования добавили:

Отсутствие воспалительного процесса в крови, следовательно, у больного неактивная фаза ревматизма. По данным ЭКГ: гипертрофия обоих желудочков и волны мерцания. Также на ЭХО-КГ выявлена гипертрофия обоих желудочков дилятация левого предсердия, к недостаточности митрального клапана добавился стеноз, что обусловлено утолщением и укорочением створок митрального клапана с диффузным включением кальция, помимо этого подтверждена недостаточность аортального клапана, что указывает на сочетанный порок сердца. На рентгенограмме легких правосторонняя верхнедолевая мелкоочаговая пневмония, подтверждающая данные аускультации, застойные изменения в легких, доказывающая застой в малом круге кровообращения.

Окончательный диагноз: Ревматизм, неактивная фаза. Комбинированный митрально-аортальный порок сердца: Митральный порок с преобладанием митральной недостаточности, постоянная форма мерцательной аритмии, нормосистолия. Недостаточность клапанов аорты. ГБ II. НК II б. Хронический бронхит в стадии ремиссии, эмфизема легких. Правосторонняя верхнедолевая очаговая пневмония. Правосторонняя вправимая прямая паховая грыжа.

Лечение:

Режим полу пастельный.

Стол № 10.

Sol. Strofhanthini-K 0,05% — 1 ml в/в 1 раз в день (сердечный гликозид) в 20 ml 0,9% раствора хлорида натрия.

Tab. Furosemidi 40 mg по 2 таблетки утром, однократно, после еды («петлевой диуретик»).

Sol. Panangini по 10 ml в/в, через день (препарат калия) в 10 ml 0,9% раствора хлорида натрия.

Tab. «Enap» по 10 mg х 2 раза в день, утром и вечером (ингибитор АПФ).

Tab. Nitrosorbidi по 20 mg х 2 раза в день, утром и вечером (антиангинальный препарат, периферический вазодилятатор).

Tab. «Corinfar» по 10mg х 2 раза в день, утром и вечером (блокатор кальциевых каналов).

Tab. Verospironi по 25mg х 2 раза в день, утром и вечером (калийсберегающий диуретик).

Tab. Amoxiclavi по 1 таблетке (375mg) х 3 раза в сутки (а/б широкого спектра действия).

Tab. «Teopec» по 300mg х 2 раза в день, утром и вечером (в качестве бронхолитика).

Tab. Mucaltini по 100mg (2 таблетке на прием), перед едой, утром, однократно (отхаркивающее средство).

После прохождения курса лечения в стационаре больной с положительной динамикой был выписан, под дальнейшее наблюдение в амбулаторных условиях.