Министерство здравоохранения Украины

Кафедра внутренних болезней № 1

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Куратор: студентка

лечебного факультета,

5 курса, 9 группы

Астахова О.П.

Луганск 2010

Клинический диагноз

1.основное заболевание: ВПС (ДМЖП). ГБ II (гипертрофия левого желудочка), 3 степени.

2.осложнения основного заболевания: СН II Б, ФК III. Легочная гипертензия 1-2 ст. Желудочковая экстрасистолическая аритмия.

3.сопутствующие заболевания: нет.

Паспортная часть

Ф.И.О.: Чалый Владимир Иванович.

Возраст:63 года.

Профессия: инженер.

Место работы: инвалид 2 группы.

Домашний адрес: г.Луганск, ул.Ленина, 28.

Дата поступления в стационар: 11.01.2010.

Дата выписки: 22.01.2010.

Жалобы

Больной предъявляет жалобы на боли в области сердца давящего, сжимающего характера, возникающие периодически как в покое, так и после физической нагрузки, умеренной интенсивности, не иррадиирующие, на одышку после физической нагрузки (подъем на 1 этаж), на периодически возникающее сердцебиение, утомляемость, головную боль.

Anamnesis morbi

Считает себя больным с детства, когда впервые был поставлен диагноз «митральный порок», после чего проходит профилактическое лечение 2 раза в год. Около 10 лет отмечается периодическое повышение АД, с максимальным повышением до 210/110 мм.рт.ст., всвязи с чем постоянно принимает бисопролол. Данная госпитализация плановая.

Anamnesis vitae

Родился в 1947 г. В г.Мелекино, Луганской обл., женат, имеет 2 детей, материально-бытовые условия считает нормальными. В армии не служил всвязи с основным заболеванием. Вредных привычек нет. Вирусный гепатит, туберкулез, малярию, венерические заболевания, СПИД отрицает. Отмечает частые пневмонии в течние всей жизни. Гемотрансфузии не проводились. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное.

Телосложение правильное, по внешнему виду соответствует паспортному возрасту. Антропометрические данные: рост 168 см., вес 75 кг. Гиперстенический тип конституции. Температура тела 36,7 °С.

Кожные покровы бледного-розового цвета, гиперпигментации, повышенной потливости, сыпей, шелушения, расчёсов нет. Гнойников, язв, пролежней и рубцов на коже нет. Влажность кожи умеренная, тургор тканей сохранен. Ногти, волосы без патологических изменений. Слизистые губ, носа, рта - бледно-розовые, влажные, высыпаний нет, склеры не изменены, иктеричности не наблюдается.

Подкожно-жировой слой развит хорошо. Умеренный отек обеих ступней и голеней (нижняя 1/3).

Пальпируются одиночные лимфатические узлы: подчелюстные, паховые. Размером 1 см, овальной формы, эластичные, безболезненные, не сращённые с кожей, окружающими тканями и между собой; кожа над ними не изменена.

Мышечная система

Пальпация отдельных мышечных групп безболезненна. Сила мышц удовлетворительная, тонус сохранен. Активные движения в полном объеме.

Костная система

Кости черепа, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей не имеют видимых деформаций, безболезненны при пальпации и перкуссии, очагов размягчения в костях не найдено. Суставы обычной конфигурации, кожа над ними нормальной температуры и влажности.

Дыхательная система

Носовые ходы свободны, отделяемого из носа нет.

Грудная клетка нормальной формы.

Эластичность грудной клетки сохранена, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково.

При перкуссии границы легких:

правое легкое левое легкое

место перкуссии

окологрудинная линия 5-ое межреберье

среднеключичная линия VI межреберье

передняя подмышечная линия VII ребро VII ребро

средняя подмышечная

линия VIII ребро VIII ребро

задняя подмышечная линия IX ребро IX ребро

лопаточная линия Х ребро Х ребро

околопозвоночная

линия на уровне ХI гр. позвонка XI гр.позвонка

Высота стояния верхушек:

спереди 2.5 см выше ключицы

сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

Подвижность лёгочных краёв: по l.axillaris ant. справа - 7 см, слева – 7 см.

Поля Кренига справа - 6 см, слева - 5.5. см.

При сравнительной перкуссии над симметричными участками передних, боковых и задних поверхностей легких перкуторно ясный лёгочный звук.

Дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Бронхофония сохранена.

Сердечнососудистая система

Видимой патологической пульсации сосудов шеи нет. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок: локализуется в пятом левом межреберье на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

Границы относительной сердечной тупости:

правая на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье

верхняя в III межреберье по l.parasternalis слева.

левая на 1 см кнаружи от среднеключичной линии в V межреберье.

Аускультация сердца: акцент II тона над легочной артерией, систолический шум слева в нижней части грудины..

ЧСС 80 уд/мин., АД 175/110 мм.рт.ст., артериальный пульс на лучевых артериях синхронен, аритмичен, умеренного наполнения и напряжения, с частотой 80 уд/мин.

Пищеварительная система

Язык влажный, обложен белым налетом, зубы желтоватого цвета. . Десны розовые, умеренно влажные, выводные протоки слюнных желез не гиперемированы. Зев не гиперемирован, миндалины не выступают за края небных дужек. При осмотре живот увеличен, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах, жидкости в брюшной полости нет (шум плеска отсутствует, притупления в отлогих местах живота нет). Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Край печени пальпируется по правой срединно-ключичной линии на 3 см ниже рёберной дуги, уплотнённый, слегка закруглённый, безболезненный. Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| по правой срединно-ключичной линии | 13 см |
| по срединной линии | 11 см |
| по рёберной дуге | 9 см |

Желчный пузырь не пальпируется, симптомы Курвуазье, Ортнера и френикус-симптом отрицательные. Селезёнка для пальпации в положении лёжа на спине и на боку не доступна. Перкуссия селезёнки:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Поперечник | 6 см |  |
| Длинник  | 6 см |  |

Мочеполовая система

Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области (Пастернацкого) отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. При осмотре щитовидной железы увеличения размеров не выявлено. Пальпируется перешеек железы мягкой консистенции, безболезненный, подвижный. Вторичные половые признаки выражены.

Нервная система

Умственное развитие не страдает. Обоняние, вкус выражены. Зрение, слух, речь не нарушены. Выделений из наружного слухового прохода и слезотечения нет. Движения координированы, в позе Ромберга устойчив, пальценосовая проба положительная. Дермографизм чёткий, красный.

Предварительный диагноз и его обоснование

Кардиалгический синдром: на основании жалоб на боли в области сердца давящего, сжимающего характера, возникающие периодически как в покое, так и после физической нагрузки, умеренной интенсивности, не иррадиирующие.

Гипертензивный синдром: на основании жалоб на головную боль; анамнеза болезни - около 10 лет отмечается периодическое повышение АД, с максимальным повышением до 210/110 мм.рт.ст.; данных объективного статуса - АД 175/110 мм.рт.ст., расширение левой границы относительной сердечной тупости.

Аритмический синдром: на основании жалоб на периодически возникающее сердцебиение; данных объективного статуса - артериальный пульс на лучевых артериях синхронен, аритмичен.

Синдром сердечной недостаточности: на основании жалоб на одышку после физической нагрузки (подъем на 1 этаж), утомляемость; данных объективного статуса: умеренный отек обеих ступней и голеней (нижняя 1/3), увеличение размеров печени (по Курлову 13\*11\*9, нижний край печени выступает из-под правой реберной дуги на 3 см.), расширение левой границы относительной сердечной тупости (свидетельствует о гипертрофии ЛЖ), акцент II тона над легочной артерией (свидетельствует о наличии легочной гипертензии).

Органический синдром: на основании объективного статуса- систолический шум слева в нижней части грудины.

На основании совокупности данных синдромов можно выставить предварительный диагноз: 1.основное заболевание - Врожденный порок сердца.

2.осложнения –СН II Б, ФК III. Легочная гипертензия 1-2 степени.

3. сопутствующие – ГБ II (гипертрофия ЛЖ), 3 степени.

План обследования

Анализ крови клинический.

Анализ крови на сахар.

Анализ крови на RW.

Коагулограмма.

Биохимический анализ крови.

Анализ мочи общий.

Анализ мочи по Нечипоренко.

Анализ кала на я/г.

ЭКГ.

Эхо-КГ.

Консультация окулиста.

Результаты дополнительных исследований

Анализ крови клинический(12.01.10).

Эр.-4.4\*10

Л.-6.3\*10

НВ-150г/л

ЦП-1.02

СОЭ-11 мм/ч

2. Анализ крови на сахар(12.01.10) – 3.8 ммоль/л.

3. Анализ крови на RW(13.01.10) – отрицательно.

4.Коагулограмма (12.01.10).

ПТИ -84%

ПТВ – 25´´

Толерантность - 11´55´´

Фибриноген – 4.44 г/л.

Фибриноген «Б» - слабо +.

5.Биохимический анализ крови (12.01.10).

Билирубин – 20 ммоль/л.

Мочевина – 4.9 мм/л.

АСАТ – 0.2 ммоль/л.

АЛАТ – 0.2 ммоль/л.

В-липопротеиды – 34 ед.

6. Анализ мочи общий (12.01.10).

Количество – 100 мл.

Уд.вес – 1016.

Цвет – сол-желтый.

Реакция – слабо-кислая.

Белок – нет.

Эр. – нет.

Л. – 1-2 в п/з.

Эп. Плоский – 2-4 в п/з.

Цилиндры – нет.

7. Анализ мочи по Нечипоренко (12.01.10).

Л. – 250

Эр. – 0

Ц. – 0

8.Кал на я/г. (12.01.10) – не обнаружены.

9.ЭКГ (12.01.10) – ритм синусовый, неправильный за счет экстрасистолы, ЭОС горизонтальная, вольтаж сохранен, имеются признаки гипертрофии обоих желудочков. Межпредсердная блокада,ЧСС 72 (20.01.10) – ритм синусовый, правильный, ЧСС 63 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.

10.Эхо-КГ (12.01.10) – аорта-3,6, ЛП- 4,4, КДР- 5,9, КСР- 3,2, ФВ- 77%, МЖП- 1,0, ЗСЛЖ- 1,2. Гипертрофия стенок ЛЖ, выпячивание мембранозной части МЖП под септальную створку трехстворчатого клапана с наличием шунтирующего потока. Створки митрального клапана не изменены. Аорта плотная, кальциноз створок аортального клапана. Максимальный градиент давления- 16 мм.рт.ст. Заключение: Перимембранозные дефекты МЖП. Атеросклероз аорты, кальциноз створок аортального клапана. Гипертрофия стенок ЛЖ.

11.Осмотр окулиста (12.01.10) – Ангиопатия сетчатки обоих глаз. Хронический блефарит. Рек-но: флоксал 0,3% 1-2 кап.3р/д – 7 дней.

Дифференциальный диагноз

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Признак | Приобретенная митральная недостаточность | ВПС (дефект межжелудочковой перегородки) |
| 1.Одышка |  Немотивированная. | После физической нагрузки. |
| 2.Кардиалгия |  + |  + |
| 3.Сердцебиение |  + |  + |
| 4.Верхушечный толчок | Смещен влево и вниз, иногда появляется сердечный толчок. | Смещен влево, возможно систолическое дрожание грудной клетки. |
| 5.Левый желудочек | Увеличен значительно. | Увеличен умеренно. |
| 6.Сердечный шум | «Дующий» систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область.  | Систолический шум слева в нижней части грудины. |
| 7.Характеристика сердечных тонов | Ослабление 1 тона на верхушке, патологический 3 тон на верхушке. | Возможен акцент 2 тона над легочной артерией. |
| 8.Эхо-КГ | Гипертрофия левого желудочка и левого предсердия. | Визуализация дефекта, гипертрофия левого желудочка. |

Обоснование клинического диагноза

Кардиалгический синдром: на основании жалоб на боли в области сердца давящего, сжимающего характера, возникающие периодически как в покое, так и после физической нагрузки, умеренной интенсивности, не иррадиирующие.

Гипертензивный синдром: на основании жалоб на головную боль; анамнеза болезни - около 10 лет отмечается периодическое повышение АД, с максимальным повышением до 210/110 мм.рт.ст.; данных объективного статуса - АД 175/110 мм.рт.ст., расширение левой границы относительной сердечной тупости; данных дополнительных исследований: ЭКГ (признаки гипертрофии ЛЖ), Эхо-КГ (гипертрофия стенок ЛЖ- ЗСЛЖ-1,2 ), осмотр окулиста (ангиопатия сетчатки обоих глаз).

Аритмический синдром: на основании жалоб на периодически возникающее сердцебиение; данных объективного статуса - артериальный пульс на лучевых артериях синхронен, аритмичен.

Синдром сердечной недостаточности: на основании жалоб на одышку после физической нагрузки (подъем на 1 этаж), утомляемость; данных объективного статуса: умеренный отек обеих ступней и голеней (нижняя 1/3), увеличение размеров печени (по Курлову 13\*11\*9, нижний край печени выступает из-под правой реберной дуги на 3 см.), расширение левой границы относительной сердечной тупости (свидетельствует о гипертрофии ЛЖ), акцент II тона над легочной артерией (свидетельствует о наличии легочной гипертензии), данных дополнительных исследований: Эхо-КГ (ФВ- 77%- свидетельствует о диастолической дисфункции ЛЖ), ЭКГ (снижение вольтажа,нарушение межпредсердной проводимости, гипертрофия ЛЖ).

Органический синдром: на основании объективного статуса- систолический шум слева в нижней части грудины, данных дополнительных исследований: Эхо-КГ (перимембранозные дефекты МЖП).

На основании совокупности данных синдромов можно выставить клинический диагноз: 1.основное заболевание - Врожденный порок сердца (дефект МЖП).

2.осложнения –СН II Б, ФК III. Легочная гипертензия 1-2 степени. Желудочковая экстрасистолическая аритмия.

3. сопутствующие – ГБ II (гипертрофия ЛЖ), 3 степени.

Лечение

Режим общий.

Стол № 10.

Кардиомагнил- 75 мг вечером.

Бисопролол 10 мг- 1 т. утром.

Престариум 5 мг- 1 т. днем.

Индапамид –ратиофарм - 1 т. утром.

Дневник

11.01.10

t°тела-36,7°С, АД 170/100 мм.рт.ст., пульс-79 уд/мин. Жалобы на давящие боли в области сердца слабой интенсивности. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Лечение согласно листу назначений.

12.01.10

t°тела-36,8°С, АД 180/110 мм.рт.ст., пульс-83 уд/мин. Жалобы на давящие боли в области сердца слабой интенсивности, периодическое сердцебиение. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Лечение согласно листу назначений.

Выписной эпикриз

Больной Чалый Владимир Иванович находился на лечении в кардиологическом отделении Луганской городской больницы №1 с 11.01.2010 по 22.01.2010 с диагнозом: ВПС (ДМЖП), СН II Б, ФК III. Легочная гипертензия 1-2 степени. ГБ II (гипертрофия ЛЖ), 3 степени. Поступил с жалобами на боли в области сердца давящего, сжимающего характера, возникающие периодически как в покое, так и после физической нагрузки, умеренной интенсивности, не иррадиирующие, на одышку после физической нагрузки (подъем на 1 этаж), на периодически возникающее сердцебиение, утомляемость, головную боль.Были проведены следующие исследования : Анализ крови клинический (Эр.-4.4\*10 Л.-6.3\*10 ,НВ-150г/л, ЦП-1.02, СОЭ-11 мм/ч). Анализ крови на сахар(12.01.10) – 3.8 ммоль/л. Анализ крови на RW(13.01.10) – отрицательно. Коагулограмма (ПТИ -84%, ПТВ – 25´´,толерантность - 11´55´´, фибриноген – 4.44 г/л, фибриноген «Б» - слабо +). Биохимический анализ крови (билирубин – 20 ммоль/л, мочевина – 4.9 мм/л, АСАТ – 0.2 ммоль/л, АЛАТ – 0.2 ммоль/л, В-липопротеиды – 34 ед.). Анализ мочи общий (количество – 100 мл, уд.вес – 1016, цвет – соломенно-желтый, реакция – слабо-кислая, белок – нет, Эр. – нет, Л. – 1-2 в п/з, Эп. плоский – 2-4 в п/з, цилиндры – нет). Анализ мочи по Нечипоренко (Л. – 250, Эр. – 0, Ц. – 0). Кал на я/г. (12.01.10) – не обнаружены. ЭКГ (12.01.10): ритм синусовый, неправильный за счет экстрасистолы, ЭОС горизонтальная, вольтаж сохранен, имеются признаки гипертрофии обоих желудочков. Межпредсердная блокада,ЧСС 72.; (22.01.10): ритм синусовый, правильный, ЧСС 63 в мин, признаки гипертрофии ЛЖ. Эхо-КГ – аорта-3,6, ЛП- 4,4, КДР- 5,9, КСР- 3,2, ФВ- 77%, МЖП- 1,0, ЗСЛЖ- 1,2. Гипертрофия стенок ЛЖ, выпячивание мембранозной части МЖП под септальную створку трехстворчатого клапана с наличием шунтирующего потока. Створки митрального клапана не изменены. Аорта плотная, кальциноз створок аортального клапана. Максимальный градиент давления- 16 мм.рт.ст.

Заключение: Перимембранозные дефекты ПЖП. Атеросклероз аорты, кальциноз створок аортального клапана. Гипертрофия стенок ЛЖ. Осмотр окулиста (12.01.10) – Ангиопатия сетчатки обоих глаз. Хронический блефарит. Рек-но: флоксал 0,3% 1-2 кап.3р/д –7 дней.

Больной получал лечение: стол №10, кардиомагнил, бисопролол, престариум, индапамид-ратиофарм.

Рекомендовано:

1.Диспансерное наблюдение по месту жительства.

2.Диета-стол №10.

3.Продлить прием препаратов: кардиомагнил, бисопролол, престариум, индапамид.