

Клинический разбор

Подготовила: Ашекеева А.

Группа: 785 ВБ

Паспортная часть:

- ФИО: Пешков Иван Владимирович
- Возраст: 19 лет
- Место проживания: г.Кокшетау
- Место работы: военнослужащий
- Дата поступления: 04.12.2017 г.
- Госпитализация : плановая

Жалобы

- **При поступлении:** на постоянные боли в области сердца давящего характера, не связанные с физической нагрузкой, усиливающиеся в горизонтальном положении, иррадиирующие в левую лопаточную область, общую слабость.
- **На момент осмотра:** на общую слабость.

Анамнез заболевания

- Считает себя больным с начала октября 2017 г., когда перенес острую вирусную инфекцию, получал лечение в сан.части с положительной динамикой.
- Через 2-3 недели вновь появились жалобы на появление сухого кашля и повышение температуры выше 37 С, слезотечение, одышку при ранее переносимой физической нагрузке. За медицинской помощью не обращался. В динамике через неделю одышка усилилась, стала беспокоить в горизонтальном положении, появились чувство дискомфорта в области сердца, отеки на нижних конечностях. В связи с ухудшением состояния обратился в сан.часть. На R-ОГК были выявлены признаки пневмонии в нижней доле справа, был направлен на стационарное лечение в отделение пульмонологии в ГКП на ПХВ “Кокшетауская городская больница” при УЗ Акмолинской области.

- В Кокшетауской городской больнице после проведения дополнительных обследований (ЭХОКГ, УЗИ ОБП , почек), были выявлены дилатационный синдром, признаки легочной гипертензии, снижение локальной и глобальной сократительной способности миокарда, жидкости в полости перикарда, признаки токсической нефропатии и двухстороннего гидроторакса. Был созван консилиум в составе кардиолога, пульмонолога, зам.гл.врача, выставлен диагноз: Острый миоперикардит, пациент был переведен в отделение кардиологии на стационарное лечение, где находился по 16.11.2017 г-02.12.2017 г.

В отделении проведены:

- **Общеклинические анализы:**
- ОАМ от 16.11.17.: лейкоциты 7-6 ед/мл, слизь++, белок 0,05 г/л.
- ОАМ от 24.11.17 г.: лейкоциты 4-7-4 ед/мл, прозр.-сл. мутн., белок 0,13 г/л, эритроциты 0-1 ед/в п.з., бактерии+++ Заключение: лейкоцитурия, бактериурия.
- ОАК от 16.11.2017 г.: лейкоциты $10,7 \cdot 10^9$ (повышено), эритроциты $3,96 \cdot 10^{12}$ л, Hb – 122 г/л, тромбоциты- $226 \cdot 10^9$ л.
- Заключение: лейкоцитоз, анемия легкой степени тяжести
- **Диагностический поиск этиологии заболевания:**
- 1. ИФА от 24.11.17 г.: CMV Ig G-212.2(положительно)
- CMV Ig M (положительный)
- 2. Ig G к капсидным антигенам VCA вируса Эпштейна – Барра 14,95(положительно).
- Ig M- отрицательно.
- R-графия придаточных пазух носа от 2011 г., 2017 г.: Фронтит слева. Кистозное образование в правой верхней челюстной пазухе.
- **Динамическое ЭхоКГ-наблюдение:**
- ЭХО-КГ от 16.11.17 г.: Эхо – признаки дилатации всех отделов сердца. Гипокинез преимущественно нижних, нижнебоковых сегментов ЛЖ.
- Нарушение диастолической функции не выявлено. Глобальный ССМ незначительно снижена. Легкая легочная гипертензия. Ср.давление ЛА 24 мм.рт.ст.
- По Симпсону: КДД 175 мл. КСО 91 мм.рт.ст.
- ФВ 40%. УО -83 мл.

● **ЭХОКГ от 17.11.2017 г.:** сепарация листков перикарда 7-8 мм. Панкардит. Дилатация левых отделов сердца, диффузные изменения миокарда воспалительного характера, нарушение геометрии движения передней створки МК, регургитация на МК 2 ст., на ЛК 1 ст., гипокинезия стенок ЛЖ, наличие глобальной ССМ, диастолическая дисфункция ЛЖ, наличие жидкости в перикардимальной области. Двухсторонний экссудативный плеврит. В плевральной полости справа жидкость 101 мл, слева -121 мл.

● **ЭХОКГ от 24.11.2017 г.:** признаки дилатации левых отделов сердца. Гипокинез преимущественно нижних, нижнебоковых сегментов ЛЖ. Нарушение диастолической функции не выявлено. Глобальная ССМ удовлетворительная. Легкая легочная гипертензия. Ср. давление ЛА 24 мм.рт.ст. По Симпмону: КДО 203 мл. КСО 100 мм.рт.ст. ФВ 50 %. УО 80 мл.

- **ЭХОКГ от 29.11.2017 г:**признаки дилатации левых отделов сердца. Нарушение диастолической функции не выявлено. Глобальное ССМ удовлетворительная. По Симпсону: КДО-180 мл, КСО-70 мм.рт.ст. ФВ 61% .УО 110 мл.
- **Также:**
- **УЗИ почек от 17.11.17 г.:** Диффузные изменения почек (отек паренхимы, нарушение соотношения паренхимы к ЧЛС 3:1, расширение пирамид).

- Пациент получал следующую терапию:

Диета 10, режим 1-2.

Цефтазидим 1,0 x 2р/д в/в № 9

Левифлоксацин 0,5 x 1 р/д в/в кап 1 р/д

Ципрокс 100 мл x 2 р/д в/в кап №14

Улкарил 0,2 по 1таб. x 4 р/д №20

Диклоген 3мл в/м №5

Лизиноприл 10 мг по ¼ таб. x 2 р/д №15

Бисопролол 5 мг по ¼ таб. x 1 р/д №15

Фуросемид 1%-4 мл x 1 р/д в/в № 2

Тригрим 5мг по 1 таб. x 1 р/д № 15

Альдорон 50 мг по 1 таб. №15

Омегаст 20мг по 1 таб. x 1 р/д №16

Поляризующая смесь 200 мл в/в кап №1

Пентоксифиллин 5 мл в/в кап №5

- На фоне проведенной терапии купировался отечный синдром (периферические отеки, гидроторакс, жидкость в полости перикарда), одышка в покое, уменьшение одышки при физической нагрузке, отмечался незначительный прирост фракции выброса. Сохранялся дилатационный синдром по данным ЭхоКГ. Для дальнейшего обследования и лечения переведен в ГУ «ЦГсП МВД РК»

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает.
- Операции: аппендэктомия в детстве.
- Вредные привычки отрицает.
- Аллергоанамнез не отягощен.
- Наследственность не отягощена.
- Эпид.анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает.
- Гемотрансфузии: отрицает.

Объективный статус

- Общее состояние –средней степени тяжести за счет синдрома сердечной недостаточности.
- Сознание ясное, положение активное.
- Ориентирован по месту, времени, пространству, личности. Контактен, на вопросы отвечает адекватно. Речь внятная.
- Температура 36.7 С
- Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые.
- ПЖК развита удовлетворительно. Рост 173см, Вес 73кг. ИМТ 24кг/м2.
- Периферические лимфоузлы не пальпируются.

- Носовое дыхание свободное.
- Грудная клетка нормостеника, обычной формы.
- При пальпации грудная клетка безболезненная.
- Перкуторно: ясный легочный звук.
- Аускультативно: везикулярное дыхание над всеми полями легких.
- ЧДД 18 в мин.

- При осмотре грудной клетке в области сердца патологических выбуханий не выявлено.
- Верхушечный толчок локализуется на 1.5 см кнутри от левой среднеключичной линии, умеренной силы, высоты, наполнения, площадь=2 см, не резистентный.
- Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая- на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя- нижний край 3 ребра слева от грудины.
- Тоны сердца приглушены, ритм правильный.
- ЧСС 98 уд.в мин.
- АД 130/90 мм.рт.ст.

- Язык влажный, не обложен.
- Зев спокоен, миндалины не увеличены.
- Живот при пальпации мягкий, безболезненный.
- Стул оформленный, регулярный.
- Симптом поколачивания отрицательный, с обеих сторон.
- Мочеиспускание со слов свободное, безболезненное.
- .

Обоснование предварительного диагноза

- На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, наличия **больших** критериев: хронологическая связь с перенесенным острым респираторным заболеванием, кардиомегалия, сердечная недостаточность, **малых** критериев: титр CMV-инфекции, Эпштейна-Барра, выделенных синдромов:
- 1. Синдром кардиалгии - в анамнезе жалобы на постоянные боли в области сердца ,давящего характера, не связанные с физической нагрузкой, усиливающиеся в горизонтальном положении ,иррадиирующие в левую лопаточную область.
- 2. Синдром кардиомегалии из выписки –объективно: расширение границ сердца: правая по краю грудины ,левая +1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии, верхняя- во II м межреберье слева по парастернальной линии. на ЭХОКГ признаки дилатации всех отделов полостей;

- 3. Синдром сердечной недостаточности (бивентрикулярная): на основании жалоб и данных из выписки : умеренные отеки нижних конечностей (голени, стопы), пневмония, гидроторакс– ПЖ недостаточность; одышка при незначительных физических нагрузках, усиливается в горизонтальном положении, хрипы, ФВ-47 %, диастолическая дисфункция - ЛЖ недостаточность.
- 4. Интоксикационный синдром–повышение t тела выше 37 C , лейкоцитоз.
- 5. Астено-вегетативный – общая слабость.
- 6. Мочевой синдром – ОАМ: лейкоцитурия, эритроцитурия – (признаки вторичной токсической нефропатии).
- 7. Синдром инфильтрации легочной ткани - R-граф.
Ведущий синдром – синдром сердечной недостаточности

- Можно выставить предварительный диагноз:
- Основное заболевание: Острый вирусный миокардит (СМV, вир. Эпштейна –Барра), средней степени тяжести. Декомпенированный вариант.
- Осложнение: СН ФК 1-2.
- Сопутствующее: Гломерулонефрит

План обследования

- ОАК
- ОАМ
- БАК: общий белок, альбумин, креатинин, мочеви́на, глюкоза, электролиты, общий холестерин, триглицериды, АСТ, АЛТ, общий билирубин
- Микрореакция
- Кал на я/г
- Коагулограмма
- Ревматоидный фактор
- СРБ, АСЛ
- ЭКГ
- ХМ ЭКГ (локальное нарушение сократимости)
- ЭХОКГ контроль (признаки дилатации левых отделов и гипокинеза нижних и нижнебоковых отделов)
- УЗИ почек
- Анализ мочи по Нечипоренко, по Зимницкому
- Консультация нефролога
- Консультация офтальмолога

Лабораторно-инструментальные исследования

1. ОАК от 06.12.2017 г:

- Лейкоциты $-4,9 \cdot 10^9$ л
- Эритроциты $-3,93 \cdot 10^9$ л.
- Hb-118 г/л (понижено)
- ЦП=0,9
- Тромбоциты $-280 \cdot 10^9$ л
- СОЭ -12 мм/ч

Заключение: анемия легкой степени тяжести

2. ОАК от 12.12.2017 г:

- Лейкоциты $-5,9 \cdot 10^9$ л
- Эритроциты $-4,04 \cdot 10^9$ л.
- Hb-110 г/л (понижено)
- ЦП=0,8
- Тромбоциты $-341 \cdot 10^9$ л
- СОЭ -10 мм/ч

Заключение: анемия легкой степени тяжести

1. ОАМ от 05.12.2017 г:

- Цвет-желтый.
- Плотность-1030
- Реакция кислая
- Прозрачная
- Белок отр.
- Глюкоза отр.
- Пл.эпителий 1-1-2 в п.з
- Лейкоциты 4-5-7 в п.з
- Эритроц.-2-1-2 в п.з
- Слизь в незначительном количестве

Заключение:

лейкоцитурия, эритроцитурия.

2. ОАМ от 12.12.2017 г:

- Цвет-желтый.
- Плотность-1030
- Реакция кислая
- Прозрачная
- Белок отр.
- Глюкоза отр.
- Пл.эпителий 1-0-1 в п.з
- Лейкоциты 2-3-3 в п.з
- Неизм. эритроц. 2-3-3
- Эритроц.-5-7-8 в п.з

Заключение:

лейкоцитурия, эритроцитурия

Анализ мочи по Нечипоренко от 06.12.2017 г:

- Лейкоциты $1750 \cdot 10^6$ л
- Эритроциты $3250 \cdot 10^6$
- Заключение: эритроцитурия

Анализ мочи по Зимницкому от 20.12.2017 г:

Порция 1: Кол-во -190 мл.,отн.плотность-1025. Порция 2:Кол-во-220 мл.,отн.плотность-1010. Порция 3: Кол-во 60 мл,отн. плотность-1025.

Порция 4: Кол-во 170 мл.,отн.плотность-1025. Порция 5:Кол-во-180 мл.,отн.плотность-1020. Порция 6: Кол-во-80 мл,отн. плотность-1015. Порция 8:Кол-во -170 мл.,отн.плотность-1025. Дневной диурез -640 мл. Ночной диурез- 430 мл. Общий диурез-1070 мл.

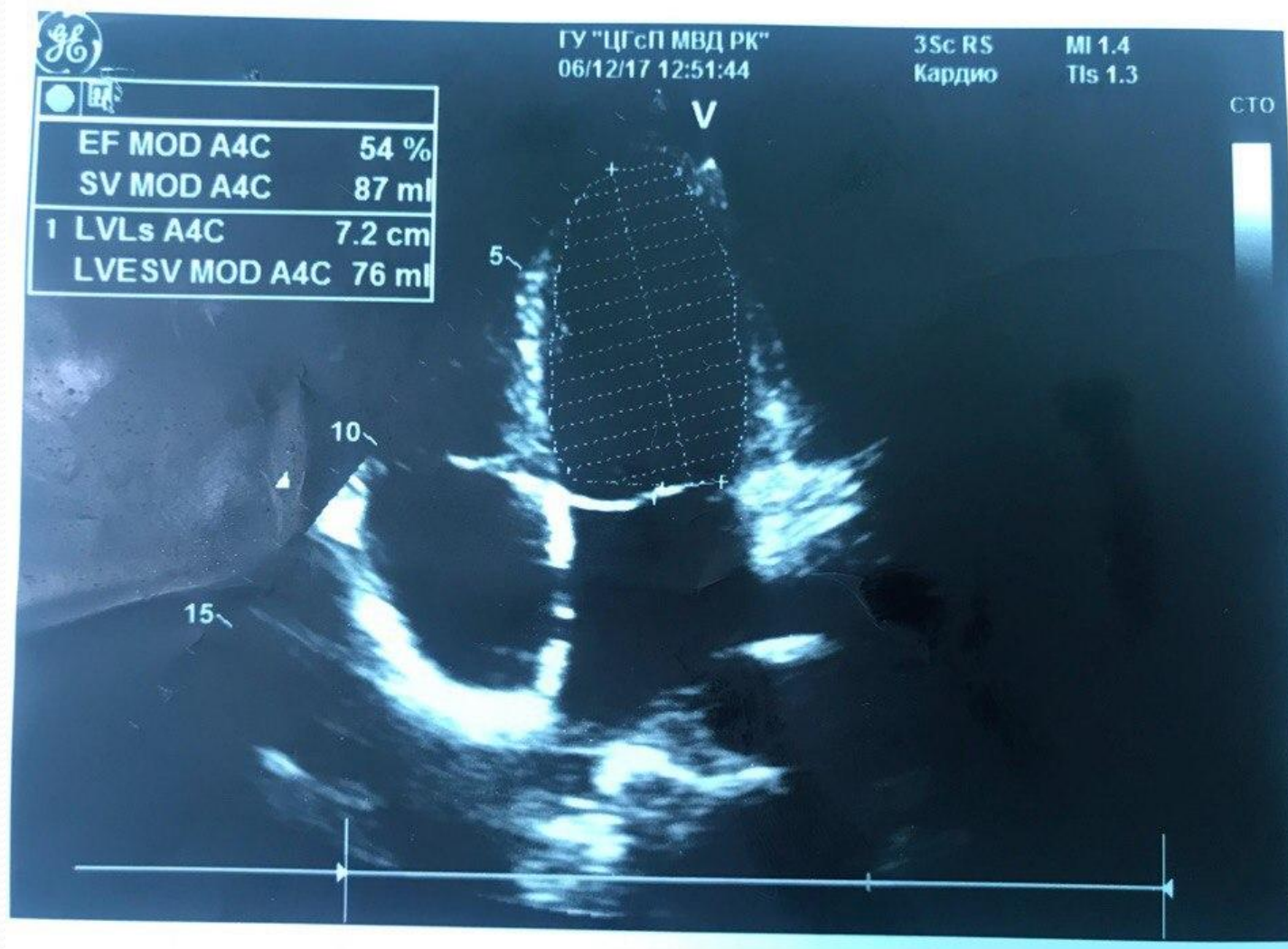
Проба Реберга Тареева от 20.12.2017 г: Вес 73 кг. Креатинин мочи-14980.Креатинин крови-82.2 мкмоль/л.Кол-во мочи за 24 часа-1200 мл. Минутный диурез-0,83 мл/мин. Клубочковая фильтрация 151.26 мл/мин. Реабсорбция -99,45%.

- УЗИ почек от 13.12.2017г.: деформация и уплотнение ЧЛС обеих почек
- Консультация нефролога от 17.12.17 г. Имеет место микрогематурия, с целью верификации рекомендовано дообследование.

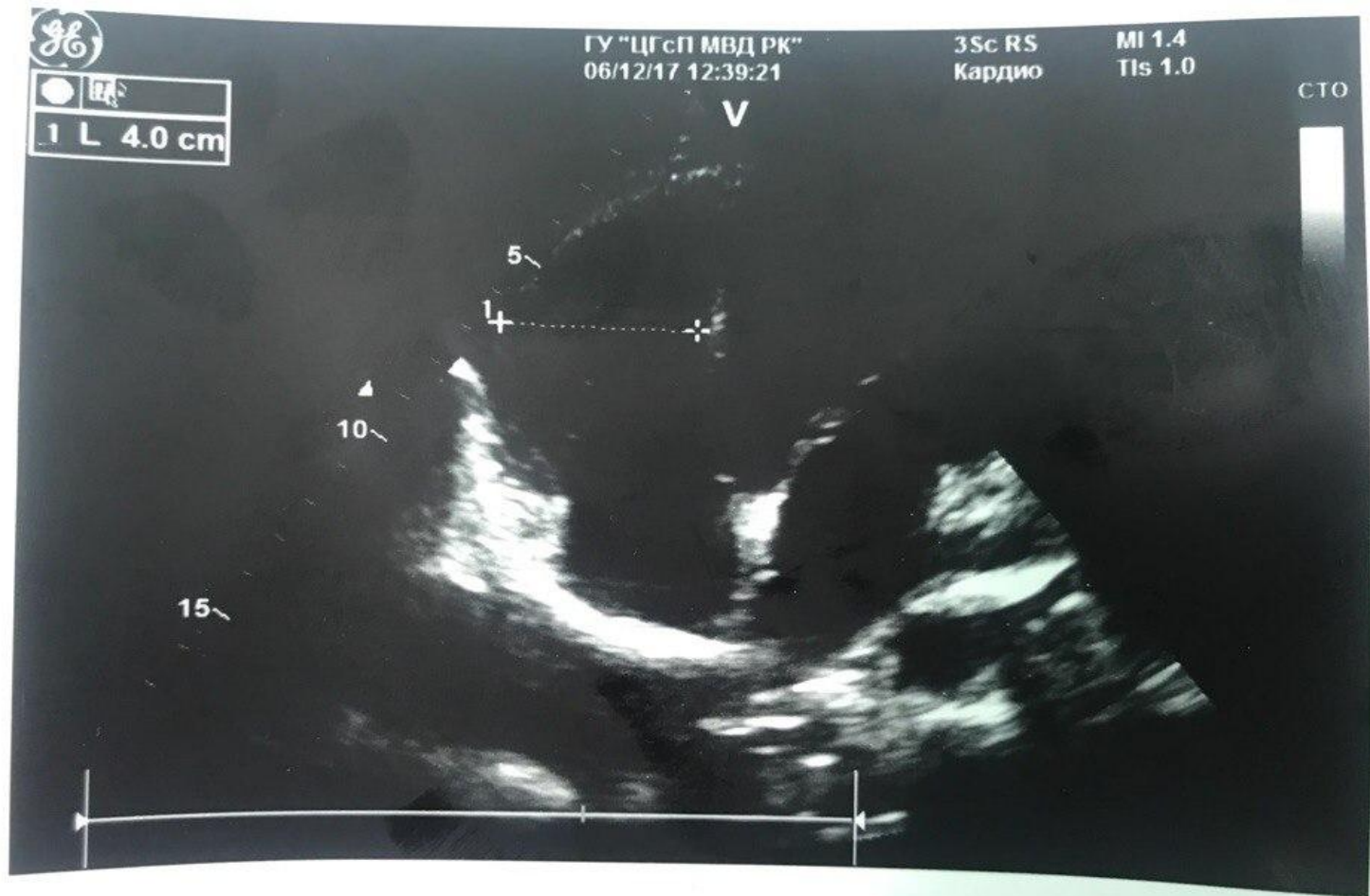
- Коагулограмма от 05.12.17 г: показатели в пределах нормы.
- Микрореакция от 05.12.17 г: отрицат.
- Кал на я/г от 05.12.17 г: не обнаружено
- Ревматоидный фактор от 12.12.17 г: : отрицат.
- СРБ от 12.12.17 г: : отрицат.
- АСЛО от 12.12.17 г: : отрицат.

- ЭКГ от 04.12.17 г.: Ритм синусовый. ЧСС -70 уд в мин. Нормальная ЭОС. Признаки неполной блокады ПНПГ.
- ЭХОКГ от 05.12.17.: незначительная дилатация полости обоих желудочков. Клапанный аппарат без особенностей. Зон гипокинеза не выявлено, Диастолическая функция ЛЖ не нарушена. По Симпсону: КДО -147 мл. ФВ 54%. УО-91 мл. Расчетное давление в ЛА=24 мм.рт.ст. МР(+). ЛР(-).

- Расчет ФВ по Симпсону: 54 %



- Полость правого желудочка – дилатация
(медиаьный размер в норме менее 3,6 см)



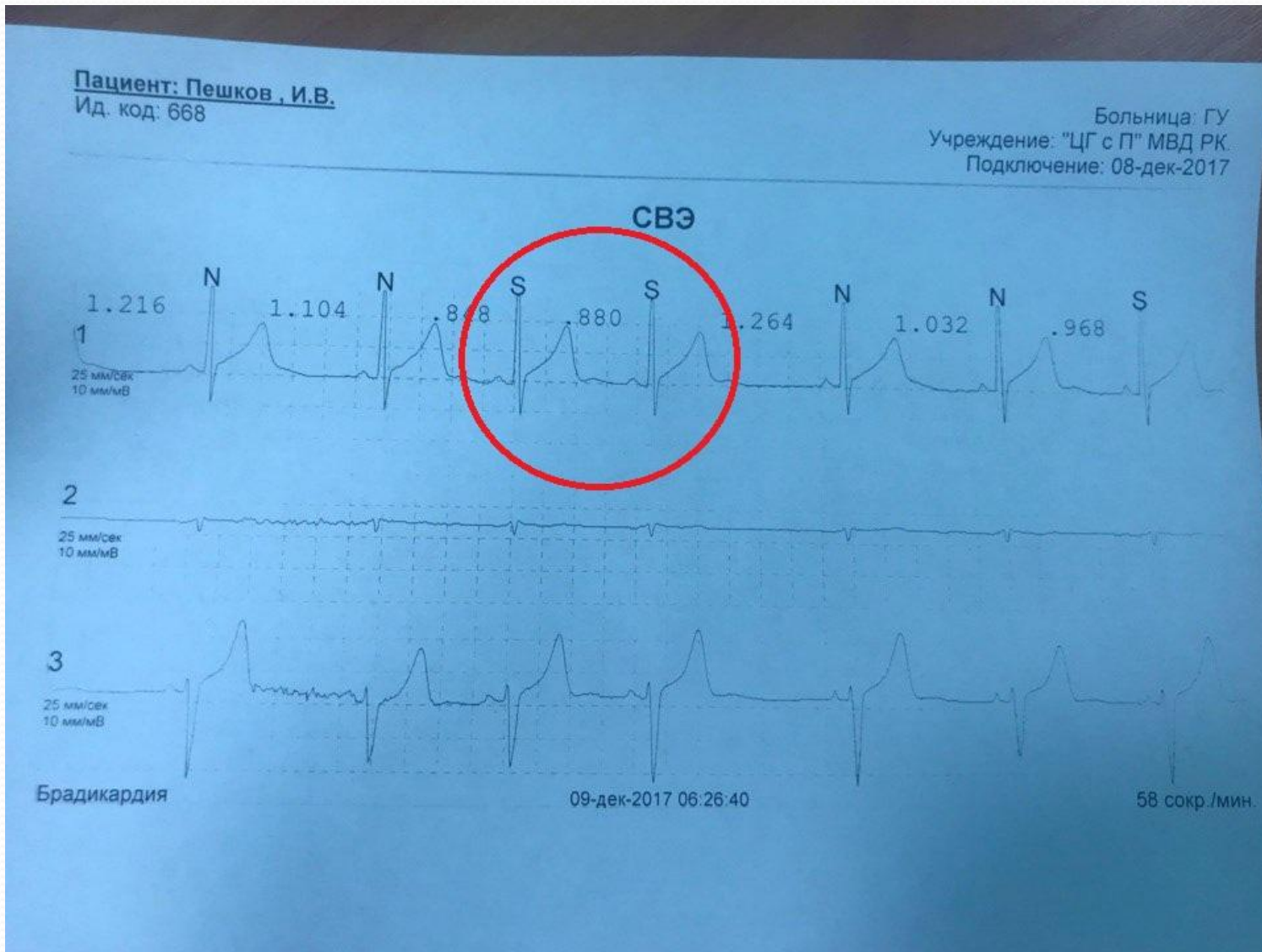
● Парастеральная позиция – КДР (норма 4,8-5,5 см)



- ЭХОКГ от 11.12.17.: Аорта нормальных размеров. В сравнении от предыдущих ЭХОКГ значительная положительная динамика (уменьшились объемы левых и правых отделов сердца). Полости сердца не увеличены. Зон гипокинеза не выявлено. Клапанный аппарат без особенностей. Глобальная систолическая функция ЛЖ незначительно снижена ФВ 53-55%. Диастолическая функция ЛЖ не нарушена. По Симпсону: КДО -128 мл. ФВ 53-55 мл. УО-91 мл. Расчетное давление в ЛА=24 мм.рт.ст.

- ХМЭКГ от 08.12.17 г.: Ритм синусовый , ср. ЧСС-76 в мин., миним. 50 уд.в мин.(04:13ч), максим. ЧСС 138 уд.в мин(16:35). Зарегестрировано : 5 суправентрикулярных экстрасистол (менее 1%) (предсердные), в том числе 1 куплет, с равномерным распределением в течение суток. Патологических пауз не регистрировалось. Регистрировались максимальные интервалы R-R 1,26 сек.(06:26ч)-обусловлен постэкстрасистолической паузой. PQ-120 мс, QT-392 мс в дневные часы. PQ-128 мс, QT-440 мс в ночные часы.

ХМ - ЭКГ:





- Тест 6-минутной ходьбы на момент осмотра: 556м

● Дифференциальный диагноз

● с ревматическим миокардитом.

- У моего больного имеются жалобы на: постоянные боли в области сердца давящего характера, не связанные с физической нагрузкой, усиливающиеся в горизонтальном положении, иррадиирующие в левую лопаточную область, общую слабость. Из анамнеза заболевания: острое начало, хронологическая связь с перенесенной ОРВИ. Выделены синдромы кардиомегалии, сердечной недостаточности. Необходимо провести диф.диагноз со следующими заболеваниями: ОРЛ, ДКМП.

Острая ревматическая лихорадка возникает в молодом возрасте и ее дебюту всегда предшествует инфекция, вызванная β -гемолитическим стрептококком группы А. Второй отличительной чертой является обязательная полиорганность поражения: сердце – ревмокардит; суставы – ревматический артрит; кожа – кольцевидная эритема; и в раннем детском возрасте головной мозг – малая хорея. Третьей отличительной чертой является – проявление ревматического миокардита обязательно в рамках ревматического кардита, когда в процесс вовлекает эндокард, перикард и миокард. И, наконец, для ревмокардита характерно возвратное течение (рецидивы, повторные атаки). При лабораторном исследовании пациента удастся отметить повышение уровней антистрептолизина-О, антистрептокиназы, антистрептогиалуронидазы.

VII. Обоснование клинического диагноза.

- На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, наличия **больших** критериев: хронологическая связь с перенесенным острым респираторным заболеванием, кардиомегалия, сердечная недостаточность, **малых** критериев: титр CMV-инфекции, Эпштейна-Барра, выделенных синдромов:
- 1. Синдром кардиалгии - в анамнезе жалобы на постоянные боли в области сердца ,давящего характера, не связанные с физической нагрузкой, усиливающиеся в горизонтальном положении ,иррадиирующие в левую лопаточную область.
- 2. Синдром кардиомегалии из выписки –объективно: расширение границ сердца: правая по краю грудины ,левая +1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии, верхняя- во II м межреберье слева по парастернальной линии. на ЭХОКГ признаки дилатации всех отделов полостей;

3.) Синдром нарушения проводимости – на ЭКГ признаки неполной блокады ПНПГ.

4. Синдром сердечной недостаточности (бивентрикулярная): на основании жалоб и данных из выписки : умеренные отеки нижних конечностей (голени, стопы), пневмония, гидроторакс– ПЖ недостаточность; одышка при незначительных физических нагрузках, усиливается в горизонтальном положении, хрипы, ФВ-47 %, диастолическая дисфункция - ЛЖ недостаточность.

8.) Анемический – ОАК- Hb=118 г/л (токсического типа)

- 4. Интоксикационный синдром – повышение t тела выше 37°C , лейкоцитоз.

- 5. Астено-вегетативный – общая слабость.

- 6. Мочевой синдром – ОАМ: лейкоцитурия, эритроцитурия – (признаки вторичной токсической нефропатии).

- 7. Синдром инфильтрации легочной ткани - R-граф.

Ведущий синдром – синдром сердечной недостаточности

- 6.) Интоксикационный – повышение t тела, лейкоцитоз, общая слабость.
- 7.) Мочевой синдром – ОАМ: лейкоцитурия, эритроцитурия – (???вторичной токсической нефропатии).
- 8.) Анемический – ОАК- $Hb=118$ г/л (токсического типа)
- 9.) Синдром инфильтрации легочной ткани- R-граф.
- Наличие больших критериев: хронологическая связь с перенесенным острым респираторным заболеванием, кардиомегалия, сердечная недостаточность, изменения ЭКГ.
- Малых критериев : титр CMV-инфекции, Эпштейна-Барра.

- Учитывая , положительную динамику на фоне проводимой этиотропной и патогенетической терапии: купирование интоксикационного синдрома, симптомов ХСН, нормализация размеров полостей сердца, систолической и диастолической функции сердца выставлен клинический диагноз:
- Основное заболевание: Острый вирусный миокардит (СМV, вир. Эпштейна –Барра), средней степени тяжести. Декомпенсационный вариант. Стадия восстановления.
- Осложнение: СН ФК о.
- Сопутствующее: Гломерулонефрит ?

План лечения

- Диета 10, режим II
- Профилактика ХСН:
- Карлон 5 мг ½ таб.*1 р. в день. (Антигипертензивный препарат, ингибитор АПФ. Эналаприл является пролекарством, из которого в организме образуется активный метаболит эналаприлат. Эналаприлат нарушает превращение неактивного ангиотензина I в ангиотензин II и предотвращает сосудосуживающее действие последнего. В результате происходит снижение концентрации плазменного и тканевого ангиотензина II. Вследствие ингибирования АПФ снижается АД за счет вазодилатации артерий и вен. Препарат не оказывает существенного влияния на сердечный выброс и на ударный объем. Снижает ОПСС, уменьшает постнагрузку и преднагрузку, снижает давление в правом предсердии и малом круге кровообращения.)
- Препарат уменьшает гипертрофию левого желудочка. При применении препарата снижается тонус выносящих артериол клубочков почек, тем самым улучшается внутриклубочковая гемодинамика, что препятствует развитию диабетической нефропатии.)

- Карведилол 6,25 мг по 1/2 таб*2 раза в день (утром,вечером).
- Карведилол оказывает сочетанное неселективное β_1 -, β_2 - и α_1 - адреноблокирующее действие. Препарат не имеет собственной симпатомиметической активности, обладает мембраностабилизирующими свойствами. Благодаря блокаде β -адренорецепторов сердца может снижаться АД, сердечный выброс и урежаться ЧСС. Карведилол подавляет ренин-ангиотензин-альдостероновую систему посредством блокады β -адренорецепторов почек, вызывая снижение активности ренина плазмы. Блокируя α -адренорецепторы, препарат может вызывать расширение периферических сосудов, тем самым снижая системное сосудистое сопротивление. Сочетание блокады β -адренорецепторов и вазодилатации оказывает следующие воздействия: у больных артериальной гипертензией - снижение АД; у больных ИБС - противоишемическое и антиангинальное действие; у больных с дисфункцией левого желудочка и недостаточностью кровообращения - благоприятно влияет на гемодинамические показатели, повышает фракцию выброса левого желудочка и уменьшает его размеры

- Верошпирон 25 мг 1 р.в д.
- Калийсберегающий диуретик, конкурентный антагонист альдостерона пролонгированного действия (минералокортикоидный гормон коры надпочечников).
- В дистальных отделах нефрона спиронолактон препятствует задержке альдостероном натрия и воды и подавляет калийвыводящий эффект альдостерона, снижает синтез пермеаз в альдостеронзависимом участке собирательных трубочек и дистальных канальцев. Связываясь с рецепторами альдостерона, увеличивает экскрецию ионов натрия, хлора и воды с мочой, уменьшает выведение ионов калия и мочевины, снижает кислотность мочи.

- Лечебно – трудовые рекомендации:

- Реабилитационный период не менее 3 месяцев:
- **Продолжить применение препаратов в течение 3 месяцев**
- освобождение от физических нагрузок,
- избегать переохлаждений,
- санация хронических очагов инфекции.
- Госпитализация в нефрологическое отделение для решения вопроса о необходимости проведения биопсии почек.