

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра семейной и доказательной медицины

Клинический случай пациента Данабековой Г.А.

Подготовил врач-интерн : Бекназаров Н.Ж
Группа 624 - ВОП

Преподаватель Жакупбекова М.О

Причина обращения в учреждение ПМСП:

Больная жалуется на одышку, особенно в горизонтальном положении, на выраженную слабость, разлитую головную боль, дискомфорт в области сердца, перебои в работе сердца, на периодические, приступообразные, неинтенсивные колющие боли в области сердца, возникающие в спокойном состоянии, иррадиирующие в левое плечо.

Информация о пациенте (паспортные данные, антропометрические данные, t° тела):

Пациентка Данабекова Гулжазира Амантаевна

Дата рождения: 1928.08.05

Адрес проживания: г.Астана, Рыскулбекова 31, квартира 389

Гражданство: Казашка

Семейное положение: замужем

Антропометрические данные: рост 168 см, вес 62 кг

Температура тела: 36,5 С

Какие заболевания сопровождаются подобными жалобами (включают основной симптом)?

- * бронхиальная астма,
- * острым респираторным дистресс-синдромом
- * инфарктом миокарда,
- * стенокардия,
- * осложненным отеком легких
- * Недостаточность митрального клапана.

Как провести детализацию жалоб (сформулируйте вопросы)?

- * На протяжении сколько времени вы считаете себя больной?
- * Боль какого характера?
- * Передаются ли боли в другую область тела?
- * Когда появилась кашель?
- * С чем вы их связываете?
- * Принимали ли вы какие нибудь препараты чтобы уменьшить боль?
- * Вредные привычки имеете ли вы (если есть как долго)?

Ответьте на поставленные вопросы по детализации жалоб:

- * Более 10 лет
- * продолжительные средней интенсивности
- * иррадиируются в левое плечо.
- * 5 года назад, последнее время усиливается
- * Боли ни с чем не связаны
- * Да, но через 4 часа опять начинает болеть
- * Нет, не имеет

Подведите итоги расспроса больного (резюмируйте данные):

Больная жалуется на одышку, особенно в горизонтальном положении, на выраженную слабость, разлитую головную боль, дискомфорт в области сердца, перебои в работе сердца, на периодические, приступообразные, неинтенсивные колющие боли в области сердца, возникающие в спокойном состоянии, иррадиирующие в левое плечо. Плюс к этому у больной отмечается одышка, который облегчается в положении «сидя». При ходьбе одышка усиливается, боли в области сердца возникают чаще.

Данные осмотра, необходимые для постановки предварительного диагноза:

Объективный осмотр: состояние средней тяжести. Цвет кожных покровов бледный, с желтоватым оттенком. Тургор кожи снижен. ЧСС — 82 уд. в мин; Частота пульса (Ps) – 76 уд/мин. Дефицит пульса (pulsus defficiens) – 6. Пульс неритмичный, полный, удовлетворительного наполнения. АД=150/85 мм Hg на правой руке, АД=140/80 на левой руке. Аускультация сердца: тоны сердца ослаблены, резко ослаблен I тон. Определяется акцент II тона над аортой. Слышен систолический шум во всех точках аускультации. Лучше всего систолический шум выслушивается на верхушке. Форма грудной клетки нормальная, симметричная имеется незначительное выпячивание в области сердца. Тип дыхания – грудной. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 24 в минуту. Дыхание ритмичное, поверхностное. Выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении и при ходьбе. Грудная клетка резистентная, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Межреберные промежутки не расширены. Голосовое дрожание усилено.

- * **Мочеиспускание** свободное, безболезненное. Стул регулярный. Прифериических отеков нет.
- * **Неврологический статус:** Сознание ясное. Память на настоящие события снижена. Сон неглубокий, часто просыпается ночью из-за усиления одышки в горизонтальном положении. Расстройств речи нет. Координация движений нормальная, походка свободная. Рефлексы сохранены, судороги и параличи не обнаружены. Зрение – левый глаз: катаракта, зрение отсутствует; правый глаз: миопия средней степени, зрение снижено. Слух снижен. Дермографизм – белый, быстро исчезающий.

Какие лабораторные исследования необходимы для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза?

- * ОАК
- * ОАМ
- * БХК

Напишите результаты лабораторных исследований данного пациента:

- * Клинический анализ крови: эритроциты — $3,6 \times 10^{12}/л$; Hb — 116 г/л; лейкоциты — $6,2 \times 10^9/л$; э — 3 %; п — 5 %; с — 66 %; л — 21 %; м — 5 %; СОЭ — 8 мм/час.
- * Клинический анализ мочи: количество -100 мл, цвет- желтый, прозрачность- мутная, относительная плотность-1017, реакция- кислая, сахар-отр, белок-1г/л, микроскопия осадка- эпителий плоский – 0-1 в п/зр , лейкоц- 1-2 в п/зр, эритроц – 1-2 п/зр, бактерий много.
- * Биохимическое исследование крови: Глюкоза – 4,5 ммоль/л, Мочевина – 6,3 ммоль/л, Амилаза – 4,0, АлАТ – 55 нмоль/л, АсАТ – 31 нмоль/л, Билирубин свободный – 9

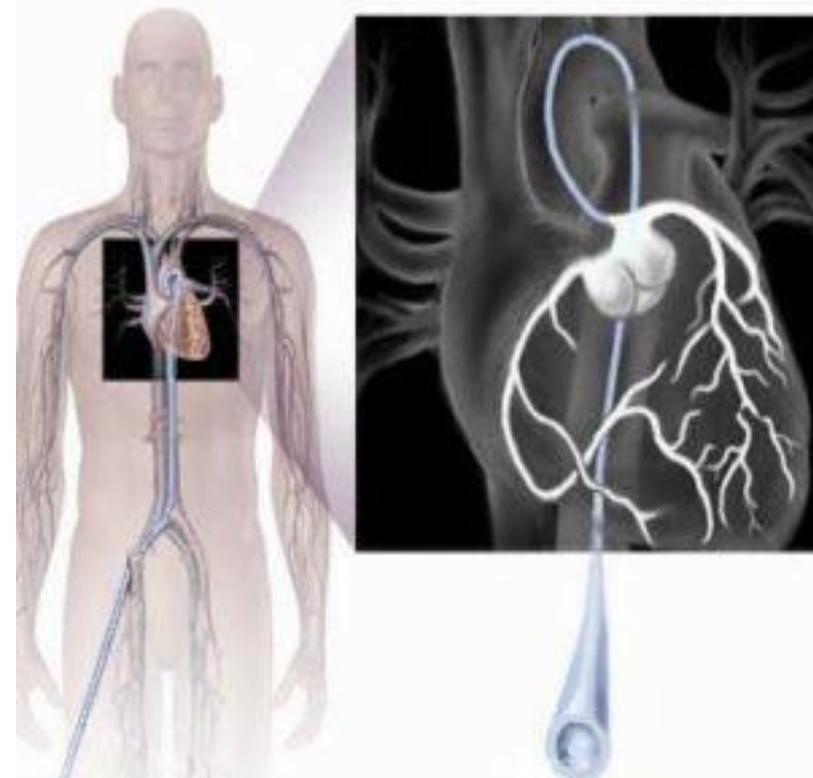
Какие инструментальные исследования необходимы для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза?

- * ЭКГ
- * ЭхоКГ
- * УЗИ
- * Коронарография

Напишите результаты инструментальных исследований данного пациента:

Электрокардиограмма (ЭКГ): PQ=0,20», QRS=0,14», QT=0,16», RR=0,75». Отклонение электрической оси сердца – резко влево ($\text{Pa}=-45^\circ$), признаки полной блокады левой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии левого желудочка, признаки мерцательной аритмии.

- * **Эхокардиография:** Аорта уплотнена, аортальное отверстие – 3,1; левое предсердие – 4,2; конечный диастолический объем – 5,8 см³; конечный систолический объем – 5,06 см³. Фракция выброса резко снижена – 30%. Толщина межжелудочковой перегородки – 1 см, толщина задней стенки левого желудочка – 0,8 см. Аортальный клапан уплотнен, митральный клапан уплотнен, кальциноз створок. Заключение: дилатация левого предсердия и левого желудочка, значительное снижение сократительной способности левого желудочка. Митральный стеноз 1-й степени, недостаточность митрального клапана – 2-3 степени, недостаточность трехстворчатого клапана 1-й степени. Уплотнение аорты и кальциноз аортального кольца.
- * **УЗИ:** гипертрофия левого желудочка
- * **Коронароангиография:** большая распространенность стеноза, поражение нескольких артерий



Обоснуйте диагноз данного пациента с учетом полученных данных:

* Обоснование диагноза В результате сбора анамнеза, осмотра, объективного исследования, а так же лабораторных и параклинических исследований были выявлены следующие синдромы:

- * 1. Болевой синдром.
- * 2. Синдром дыхательной недостаточности.
- * 3. Синдром морфологических изменений в миокарде.



* **ХСН симптомы:** одышка, общая слабость, повышение утомляемости, непереносимости физической нагрузки на фоне ИБС и недостаточности митрального клапана. **IIБ стадия** ХСН поставлена на основании выраженных изменений гемодинамики в обоих кругах кровообращения, проявляющихся слабостью, одышкой, сердцебиением, мелкопузырчатыми хрипами в легких; акроцианозом. **IV ФК**– на основании невозможности выполнять какую-либо физическую работу без одышки, дискомфорта в области сердца. Симптомы ХСН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности. На Эхо-КГ – снижения фракции выброса до 30%. Косвенными признаками служат блокада левой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии левого желудочка и мерцательная аритмия, выявляемые на ЭКГ.



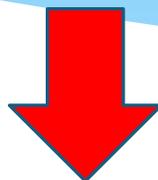
* **Гипертонической болезни** постоянно повышенного артериального давления, с 1973 года АД=160/100 мм Hg, временами АД повышалось до 210/120 мм Hg. На ЭКГ имеется гипертрофия левого желудочка, на Эхо-КГ гипертрофии нет, связано с замещением ткани миокарда соединительной тканью. **III стадия** – имеются ассоциированные клинические состояния: со стороны головного мозга – перенесенный инсульт, хроническая дисциркуляторная энцефалопатия, со стороны сердца – стабильная стенокардия напряжения, ХСН.



* Сочетанный **митральный порок с преобладанием недостаточности** подтвержден при эхокардиографии; в анамнезе ревматизм. При аускультации сердца – признаки митральной недостаточности: резкое ослабление I тона, акцент II тона над аортой, выраженный систолический шум.

* Т.к. эти синдромы могут встречаться при ряде заболеваний, следует провести **дифференциальный диагноз** с кардиалгиями возникающими при следующих заболеваниях:

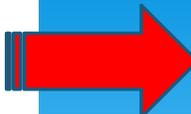
- * Инфаркт миокарда.
- * Экссудативный перикардит.
- * Спонтанная стенокардия Принцметала.



* **Стенокардия**

- 
- * **Общими симптомами являются:** . Загрудинные боли сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левое плечо, руку, межлопаточную область. . Одышка. . Приглушенность тонов сердца.
 - * **Но для вариантной стенокардии характерно** возникновение приступа в состоянии покоя, не связанного, как правило, с повышением метаболических запросов сердечной мышцы.
 - * **Цикличность боли:** возникновение приступа ночью или днем. . Обычно высокая толерантность к физической нагрузке.
 - * **Изменение ЭКГ:** эволюция сегмента (при депрессии у курируемой больной).
 - * **Купирование боли препаратами** нитратов превышает 10 мин. И эффект незначителен.
 - * **Поскольку у нашей больной данные симптомы не выражены, следует исключить вариантную стенокардию.**

* Инфаркт миокарда

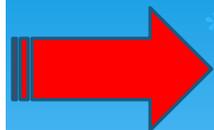


Общими симптомами являются: .Сжимающая загрудинная боль, иррадиирующая в левую лопатку, одышка, возникающая при физической нагрузке и психоэмоциональном перенапряжении. . Наличие факторов риска: возникновение болезни у лиц старше 40 лет, частые стрессы. . Расширение границ сердца влево. . Глухость тонов. . На ЭКГ: смещение сегмента ST ниже изолинии, отрицательный з.Т в V5-V6, aVL.

Но для инфаркта миокарда характерно наличие трех синдромов:

- * 1. Болевого: при типичной (ангиозной) форме в начале инфаркта миокарда отмечается интенсивная острая длительная боль за грудиной (у курируемой больной боль за грудиной давящего характера), продолжающаяся больше часа (до нескольких дней), с иррадиацией в левое плечо, руку, лопатку. Боли не купируются нитроглицерином (в отличие от данной больной), сопровождаются холодным потом, страхом смерти.
- * 2. Кардиоваскулярного синдрома: очаговое повреждение и некроз миокарда ведет к снижению ударного выброса, повышению АД, что сопровождается характерными симптомами кардиогенного шока: бледность кожных покровов, тошнота, рвота, возможны обморок и потеря сознания. Могут развиваться признаки недостаточности центрального кровообращения: систолический шум (вследствие относительно неполноценного закрытия митрального клапана в результате расширения сердца), тахикардия, акроцианоз, затрудненное дыхание, застой в легких, быстрое увеличение венозного давления, приступ кардиальной астмы. Инфаркт миокарда может привести к расстройству возбудимости и сократимости: экстрасистолия, брадикардия, тахикардия, мерцательная аритмия, частичная или полная блокада. Иногда выслушивается шум трения перикарда, ритм галопа (на 2- 3 дня).
- * 3. Резорбционно-некротический синдром появляется в результате всасывания продуктов распада ишемизированного участка мышцы, что проявляется: . Лихорадкой (ч_з 12-36 ч. после возникновения болевого синдрома); . Лейкоцитоз выше 10-15 тыс.; . Ускорение СОЭ;
- * Изменения на ЭКГ:
- * 1. Снижение з.Р ниже 5мм. Или исчезновение его совсем; появление патологического з.Q (расширение более 0,33 с, глубина более 1\3 з.Р в этом отведении).
- * 2. Депрессия сегмента ST (снижение при интрамуральном инфаркте, подъем выше при субэндокардиальном). При инфаркте обнаруживается повышение активности ЛДГ₁, АСТ (аспартат- аминотрансфераза), КФК (креатинфосфаткиназа). Путем сопоставления жалоб больного, анамнеза, объективного осмотра и данных дополнительного исследования с классической формой инфаркта миокарда мы можем исключить инфаркт миокарда.

* Экссудативный перикардит



- * **Общими симптомами являются:** . Боль за грудиной . Одышка, возникающая при физической нагрузке . Смещение границ сердечной тупости . Приглушенность сердечных тонов
- * **Но для экссудативного перикардита характерны:** . Тупые, давящие боли, чаще локализующиеся слева от грудины. . Чувство тяжести в области сердца, усиливающиеся во время глубокого вдоха и при изменении положения тела. . Нитроглицерин не оказывает болеутоляющего действия.
- * Снижение аппетита, сухой кашель, рвота, субфебрильная температура тела, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, говорят в пользу наличия воспалительного процесса, что у данной больной не обнаруживается.
- * **Объективные изменения:** расширение границ сердечной тупости во все стороны (у курируемой больной граница сердца расширена влево); верхушечный толчок не определяется; тоны сердца приглушены и сочетаются с шумом трения перикарда, который выслушивается в течение длительного времени; характерно наличие парадоксального пульса, набухание шейных вен, что отсутствует у курируемой больной.
- * **Данные дополнительных методов:** . На рентгенограмме: расширение тени сердца, приближающаяся по форме к трапецевидной в сочетании с чистыми легочными полями. . На ЭКГ: подъем сегмента ST, инверсия зубца T, низкий вольтаж з.Р. Учитывая то, что у курируемой больной данные симптомы не выражены, экссудативный перикардит можно исключить.

Дайте рекомендации по лечению данного пациента:

Диагноз: Ишемическая болезнь сердца, аритмический вариант. Мерцательная аритмия. Стенокардия напряжения II ФК, хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии, IV ФК. Гипертоническая болезнь III степени, 4 группа риска, неактивный ревматизм, стеноз и недостаточность митрального клапана.

- * Диета №10: прием пищи 5-6 раз в сутки;
- * исключение из рациона острой, жирной, жареной, копченой, грубой (богатой клетчаткой – трудно перевариваемой частью растений) пищи;
- * ограничение поваренной соли до 3 граммов в сутки;
- * повышенное содержание белка (0,5-1,5 граммов белка на 1 килограмм веса пациента в сутки).
- * употребление продуктов питания с повышенным содержанием микроэлементов (особенно магния, цинка, селена) и витаминов (группы В, С, А и К): рыба, бананы, гречка, фрукты и овощи.

Лечение:

Sol. Glucosi 5% – 400 ml

Sol. Insulini 10 ЕД Tab.

Enalprili 0,005. По 1 таблетке 1 раз в день.

Sol. Corglyconi 0,06% – 1 ml. По 1 мл в вену.

Sol. Furosemidi 1% – 2 ml. По 2 мл в вену.

Tab. Nitrosorbidi 0,1. По 1 таблетке 2 раза в день.

Sol. Riboxini 0,2% – 10 ml. По 10 ml.

Asparcam solutio pro injectionibus 5 ml. Внутривенно капельно.

Укажите принципы профилактики и диспансеризации данного пациента:

- * Своевременное полноценное лечение
- * Рациональное и сбалансированное питание (отказ от слишком горячей, копченой, жареной и консервированной пищи).
- * Динамическое наблюдение на амбулаторном этапе не реже 1 раза в 3 месяца, по динамике заболевания по жизненно.