

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ
З ДОГЛЯДОМ ЗА ХВОРИМИ

З Б І Р Н И К
інтегральних історій хвороб віртуальних хворих
з поширеними захворюваннями
внутрішніх органів

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ УКРАЇНОМОВНИХ СТУДЕНТІВ
ІІІ КУРСУ ПО ПРОПЕДЕВТИЦІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

Частина І
Кардіологія

Спеціальність: Лікувальна справа – 7.110101
Педіатрія – 7.110104

Запоріжжя - 2015

УДК 616.1/4 – 071.1 (075.8)

Автори: д.мед.н., професор В.В. Сиволап
к.мед.н., доценти: З.Ю. Григор'єва, М.Ю. Колесник
к. мед. н., асистент: І.В. Лихасенко

Збірник розглянуто і затверджено на Нараді ЗДМУ
від «26» лютого 2015 р., протокол № 4

Рецензенти:

1. В.А. Візір - зав. кафедри внутрішніх хвороб № 2 ЗДМУ,
д. мед. наук, професор
2. В.Д. Сиволап - зав. кафедри внутрішніх хвороб №1 ЗДМУ,
д. мед. наук, професор

З М І С Т

Частина I. Кардіологія.

1. Вступ.....	4
2. Мітральні вади серця. – Лихасенко І.В.	
Недостатність мітрального клапана.....	5
Мітральний стеноз.....	19
3. Аортальні вади серця. – Лихасенко І.В.	
Недостатність клапана аорти.....	32
Аортальний стеноз.....	47
4. Гіпертонічна хвороба. – Лихасенко І.В.	62
5. Ішемічна хвороба серця. – Колесник М.Ю.	
Стенокардія.....	72
Інфаркт міокарда.....	83
6. Літературні джерела.....	94

Вступ

Студенти 3-го курсу медичного факультету на кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб повинні оволодіти методами дослідження в терапії та ознайомитись з деякими основними захворюваннями внутрішніх органів, що перебігають в класичному варіанті. З методів дослідження основним є уміння спілкуватись з хворим. Це найбільш важкий етап в роботі студента – початківця. Перше знайомство з хворим, перше спілкування з ним необхідно не тільки виконувати взагалі, але й проводити в певній послідовності, згідно існуючого плану історії хвороби, основного медичного документу лікаря. Над вдосконаленням цього методу працювали видатні вчені минулого, але особливо уславився професор Московського університету Захар'їн Г.А. (1829-1897), який по образному визначенню його сучасника, видатного французького вченого Юшара «довів анамнез до висоти мистецтва». На прикладі історій хвороб, викладених в даному збірнику, показані не тільки складові історії хвороби, але і наведені приклади найбільш поширених захворювань внутрішніх органів, з якими знайомляться студенти 3-го курсу медичного факультету: мітральними та аортальними вадами, гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця, пневмоніями, ХОЗЛ, бронхіальною астмою, плевритами, гастритом, виразковою хворобою, деякими захворюваннями біліарної системи, печінки, нирок, синдромом анемії.

В історіях хвороб звернуто увагу на додаткові обстеження при різноманітних захворюваннях, наведено приклади обґрунтування клінічного діагнозу.

Таким чином, пропоновані збірники історій хвороб допоможуть студентам 3-го курсу не тільки досконало вивчити правила написання цього важливого медичного документу, але й вивчити найбільш поширені захворювання внутрішніх органів в їх класичному перебігу.

Збірники доповнено та перероблено. Ми будемо вдячні читачам (викладачам, студентам) за всі вказані зауваження.

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Паспортна частина

П.І.Б: Соловей Михайло Миколайович

Вік: 38 років

Стать: чоловіча

Національність: українець

Освіта: середня спеціальна

Сімейний стан: одружений

Домашня адреса: м. Запоріжжя, вул. Перемоги буд. 87, кв. 35

Професія: електрик

Дата госпіталізації: 08.11.09

Дата виписки з клініки: 21.11.09

Кількість проведених в стаціонарі днів: 14

Скарги на інспіраторну задишку, яка виникає при звичайному фізичному навантаженні, серцебиття, неприємні відчуття і кардіалгії в ділянці серця, слабкість, стомлюваність.

Анамнез хвороби

Хворіє з грудня 1981 року, коли після перенесеної ангіни з'явилися болі в ділянці серця ниючого характеру, серцебиття, болі і припухлість колінних і гомілкостопних суглобів, загальна слабкість. Звернувся за медичною допомогою в дитячу поліклініку за місцем проживання. Виставлений діагноз: ревматизм, активна фаза, первинний ревмокардит, гострий перебіг, СН I ст., направлений на лікування в кардіологічне відділення 5-ої дитячої лікарні. Для лікування застосовували: пеніцилін протягом 12 днів, рібоксін внутрішньовенно, кокарбоксилазу внутрішньом'язово, індометацин, потім біцилін-3 в/м 600 тис. Од один раз на тиждень. В стаціонарі лікувався протягом 1 місяця. Потім продовжив

лікування в кардіо-ревматологічному санаторії протягом 1 місяця. Приймав сезонну профілактику 2 рази на рік до 16 років. Скарг не було.

Через 8 років, після переохолодження, з'явилися скарги на задишку при підвищеній фізичній нарузі, серцебиття, неприємні відчуття і кардіалгії в ділянці серця. Стан погіршувався поступово, раніше з'явилося серцебиття, потім приєдналася задишка. Звернувся за допомогою в поліклініку 6-ї лікарні, з діагнозом ревматизм, рецидивуючий кардит, СН I ст., був направлений на лікування в кардіологічне відділення 6-ї клінічної лікарні. Після проведення обстеження була діагностована мітральна вада серця. Для лікування застосовував: пеніцилін внутрішньом'язово, мілдронат внутрішньовенно, диклофенак, потім біцилін-3 в/м один раз на тиждень. Лікувався 3 тижня, виписаний з покращенням, скарг не було. Призначена профілактика загострень ревматизму: біцилін - 5 1,5 млн. Од внутрішньом'язово один раз на місяць.

Останнє погіршення тиждень назад, після перенесеного ГРВЗ: з'явилися болі в ділянці серця ниючого характеру, серцебиття, задишка при звичайній фізичній нарузі. Звернувся за допомогою в поліклініку 6-ї лікарні, з діагнозом ревматична хвороба серця, недостатність мітрального клапану, СН I ст., був направлений на лікування в кардіологічне відділення.

Анамнез життя

Народився в 1971 році в місті Пологи, єдиною дитиною в сім'ї. У школу пішов в 7 років, в розумовому і фізичному розвитку від однолітків не відставав, після закінчення 8 класів середньої школи вчився в радіотехнікумі. Працює на заводі АвтоЗАЗ електриком.

Умови життя задовільні.

У дитинстві часто хворів на застудні захворювання, ангіни.

Сімейний стан: одружений з 1993 року, має сина.

Не палить, алкоголем не зловживає.

Сімейні захворювання (ожиріння, подагра, діабет) у батьків і найближчих родичів відсутні.

Спадковість: батьки здорові.

Алергічний анамнез: має алергію на новокаїн.

Об'єктивне обстеження

Стан хворого задовільний.

Стан свідомості - ясний.

Положення – активне.

Зріст 175 см, вага 79.5 кг. Тілобудова міцна.

Конституційний тип: нормостенік.

Шкіра звичайного кольору і вологості. Видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Розлади пігментації, висипки, крововиливи, рубці, пролежнини відсутні. Тургор шкіри збережений. Волосся, нігті без патології. Підшкірно-жирова клітковина виражена помірно.

Набряків не має.

Лімфатична система: лімфатичні вузли підщелепні, передні і задні шийні, потиличні, над- і підключичні, пахвинні, пахові не пальпуються.

М'язова система: загальний розвиток м'язової системи помірний, тонус нормальний, болі при пальпації м'язів немає.

Кісткова система: деформації кісток, хребта, болі при пальпації кісток немає.

Суглоби: суглоби звичайної конфігурації. Активна і пасивна рухливість в суглобах в повному обсязі. Хрускіт, флюктуація в суглобах не визначаються. Колір шкіри і температура над суглобами не змінені.

Органи дихання

Форма грудної клітки нормостенична, симетрична. Над- і підключичні ямки помірно втягнуті. Міжреберні проміжки не змінені, лопатки прилягають до грудної клітини. Окружність грудної клітки при середньому диханні – 84см, на вдиху – 86см, на видиху – 81см. Обидві половини рівномірно беруть участь в диханні. Дихання ритмічне. Частота дихання 16 в хвилину. Тип дихання черевний.

Пальпація грудної клітки: грудна клітка безболісна, еластична, голосове тремтіння не змінене над всією поверхнею легень.

Перкусія легень: при порівняльній перкусії легень над всією поверхнею легень визначається ясний легеневий звук.

Топографічна перкусія легень.

Верхні межі	Справа	Зліва
спереду	на 3см вище від ключиці	на 3см вище від ключиці
здаду	на рівні остистого відростка C _{VII}	на рівні остистого відростка C _{VII}
поля Креніга	4,5 см	4см
Нижні межі		
парастернальна лінія	верхній край VI ребра	III ребро
серединно-ключична	нижній край VI ребра	III ребро
передня пахвова	нижній край VII ребра	нижній край VII ребра
середня пахвова	верхній край VIII ребра	верхній край VIII ребра
задня пахвова	нижній край VIII ребра	нижній край VIII ребра
лопаткова	IX ребро	IX ребро
паравертебральна	на рівні остистого відростка T XI	на рівні остистого відростка T XI
Екскурсія легень	6см	6см

Аускультация легень: дихання везикулярне. Хрипи, крепітація не вислуховуються. Шум тертя плеври, шум плескоту по Гіппократу, шум падаючої краплі не визначається. Бронхофонія негативна.

Серцево-судинна система

Випинання грудної клітки в ділянці серця немає. Пульсація в епігастральній області не визначається. Розширення, набухання яремних вен не виявляється.

Верхівковий поштовх розташовується в 6 межребір'ї на 1см ліворуч від лівої серединно-ключичної лінії, поширений, високий, резистентний.

Відносна серцева тупість:

- права межа - по правому краю грудини;
- ліва межа - на 1 см ліворуч від лівої серединно-ключичної лінії;
- верхня межа - у 2 межребір'ї.

Абсолютна серцева тупість:

- права межа - по лівому краю грудини;
- ліва межа - на 1 см ліворуч від лівої серединно-ключичної лінії;
- верхня межа – III ребро.

Аускультация серця: серцевий ритм правильний, тони послаблені, ЧСС – 72/хв, I тон на верхівці серця послаблений, акцент II тону на легеневій артерії. На верхівці серця вислуховується протодіастолічний ритм галопу за рахунок патологічного III тону. В області верхівки відразу за I тоном вислуховується систолічний шум, який проводиться в ліву пахвову ділянку. Шум тертя перикарду, плевро-перикардіальний шум, шум вовчка не вислуховуються.

Пульс симетричний, звичайного напруження і наповнення. Частота пульсу – 72/хв. АТ на плечовій артерії зліва – 120/80мм рт.ст., АТ на плечовій артерії справа – 125/80мм рт.ст.

Органи травлення

Неприємний запах з ротової порожнини відсутній. Тріщини в кутах рота, запальне почервоніння, пігментація, облямівка по краю ясен відсутні.

Кількість здорових зубів 27, каріозних 3, відсутні 2 зуби.

Язик вологий, не обкладений. Сосочки язика не змінені.

Зів і глотка звичайного кольору, без патологічного нальоту. Мигдалики відсутні.

Живіт звичайної форми, симетричний. Пупок втягнутий. Грижові випинання, видима перистальтика кишечника і шлунка, післяопераційні рубці не виявляються.

При поверхневій орієнтованій пальпації напруження м'язів черевного преса, болісність не визначаються. Перитоніальний симптом Щоткіна-Блумберга негативний. Симптом флюктуації негативний.

Сигмовидна кишка прощупується на протязі 20-25 см у вигляді гладкого ущільненого циліндра товщиною 2 см, безболісного при пальпації, не буркітливого, дуже в'яло і рідко перистальтуючого, що зміщається убік на 4 см.

Низхідна частина товстої кишки прощупується у вигляді ущільненого, безболісного, не буркітливого циліндра товщиною 2 см.

Сліпа кишка пальпується у вигляді гладкого, безболісного, злегка буркітливого циліндра, шириною 3 см, помірковано напруженого і слабо рухливого з невеликим грушоподібним розширенням донизу, що зміщається убік на 2 см.

Висхідна частина ободової кишки пальпується у вигляді ущільненого циліндра товщиною 2 см, безболісного при пальпації, не буркітливого.

Нижня межа шлунка розташована по обидві сторони від середньої лінії тіла, на 2 см вище пупка, у виді валика, що лежить на хребті і з боків від нього.

Поперечно-обідна кишка пальпується на 2 см нижче великої кривизни шлунка у вигляді ущільненого, безболісного, не буркітливого циліндра товщиною 2 см.

Нижній край печінки прощупується по краю правої реберної дуги, м'який, гострий і безболісний. Перкуторно розміри печінки по Курлову: по правій серединно-ключичній, передній серединній і лівій реберній дузі складають 9 x 8 x 7 см. Симптом Курвуаз'є, френікус-симптом негативні. Селезінка та нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний. Болісність по ходу сечівників, в надлобковій ділянці не спостерігається.

Дані додаткових методів обстеження

Загальний аналіз крові:

Показник	Отримані дані	Норма
Еритроцити	4,7 T/L	4,5-5,0 T/L
Гемоглобін	136 g/L	140-160 g/L
Кольоровий показник	0,9	0,9-1,0
Лейкоцити	7,6 G/L	6,0-8,0 G/L

Нейтрофіли:		
- палочкоядерні	4%	2-4%
- сегменто-ядерні	57%	47-60%
Еозинофіли	1%	0,5-5%
Базофіли	-	0-0,5%
Лімфоцити	25%	25-30%
Моноцити	7%	6-8%
ШОЕ	19 мм/год	6-12 мм/год

Загальний аналіз сечі:

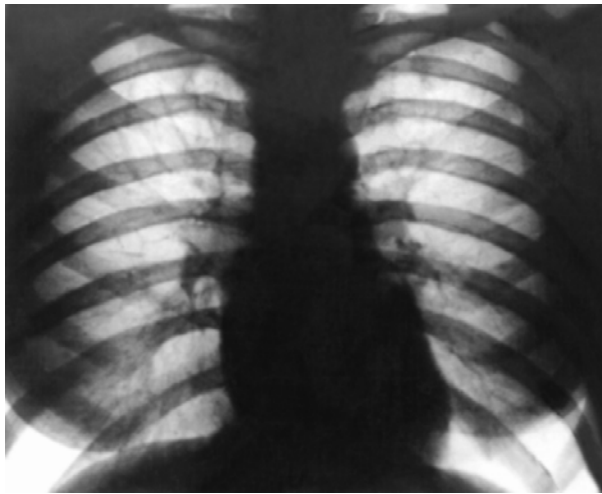
Показник	Отримані дані
Колір	ясно-жовтий
Реакція	Лужна
Питома вага	1015
Білок	-
Цукор	-
Лейкоцити	1-2 в полі зору
Еритроцити	не визначаються
Епітелій плоский	1-3 в полі зору

Біохімічний аналіз крові:

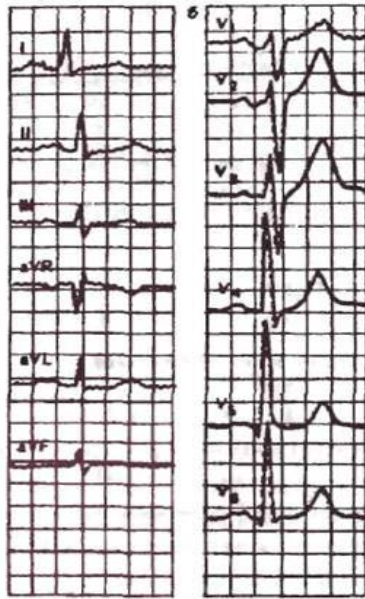
Показник	Отримані дані	Норма
Загальний білок	73 г/л	65-85 г/л
Альбуміни	50,1%	50-60%
α_1 - глобуліни	2,3%	3,5-5,0%
α_2 - глобуліни	4,5%	5,1-8,2%
β - глобуліни	8,3%	9-13%
γ - глобуліни	24%	15-22%
А/Г коефіцієнт	0,9	1,5-2,0
Калій	3,7 ммоль/л	4,1-6,0 ммоль/л
Натрій	140 ммоль/л	135-150 ммоль/л
Креатинін	0,085 ммоль/л	0,035-0,100 ммоль/л
Холестерин	4,6 ммоль/л	до 5,2 ммоль/л
Загальний білірубін	10,65 мкмоль/л	8,5-20,5 мкмоль/л
АЛТ	0,48 мкмоль/год*л	0,1-0,68 мкмоль/год*л
АСТ	0,42 мкмоль/год*л	0,1-0,45 мкмоль/год*л
Глюкоза	4,4 ммоль/л	3,3-5,55 ммоль/л
Ревмопроби:		

Серомукоїд	0,26 од.	0,10-0,20 од.
С-реактивний білок	-	відсутній
Анти О-стрептолізін	230 ОД	До 250 ОД АЕ ТО
Фібриноген	4,8 г/л	2-4 г/л

Рентгенографія органів грудної клітки: визначається закруглений контур лівого шлуночка і збільшення розмірів лівого передсердя. Талія серця згладжена. Контур серця набуває мітральної конфігурації.



ЕКГ: RR - 0.78", PQ - 0.18", ЧСС 72/хв, QT - 0.53", QRS - 0.07". Зубець Р розширений, деформований в I і II стандартних відведеннях, aVL і у відведеннях V₅₋₆ (гіпертрофія лівого передсердя). ЕОС відхилена вліво, кут α -0°. Амплітуда зубця R в V₅>V₄ (гіпертрофія лівого шлуночка).



ФКГ: у верхівки серця амплітуда I тону значно знижена, реєструється систолічний шум убиваючого характеру, що починається відразу за I тоном. Шум займає більше половини систоли. Через 0,16" після II тону реєструється III тон. Над легеневою артерією визначається збільшення амплітуди II тону.



Ехокардіографія

DOPPLER

MITRAL

MIT FVI:	0.40 m	PEAK V-E :	2.04 m/s	PEAK GR E	16.6 mmHg
MIT Vmn :	0.98 m/s	MIT Gmn :	6.7 mmHg	MIT PHT :	92 ms

MITR AREA : 2.40 cm² E DEC 313 ms
TIM :

MITRAL TV

PEAK V-E' : -0.05 m/s PEAK - MIT
V-A' : 0.05 m/s E/A' : 1.00

MIT E/E' : -
39.78

AORTA

AO FLOW : 0.23 m AO - AO
Vmn : 0.85 m/s Gmn : 3.8 mmHg

AO VEL : -1.37 m/s AO Gp DIA
: 7.5 mmHg VEL : 0.13 m/s

ACC TIME : 108 ms EJECT 266 ms
TIM :

AO EFFECT VALVE AREA

AO VEL : -1.37 m/s

AORTIC REGURGITATION

REG PHT : 495 ms

TRICUSPID

TRIC FVI : 0.10 m PEAK PEAK
V-E : 0.34 m/s V-A : 0.25 m/s

PEAK GR E : 0.5 mmHg PEAK TRIC
GR A 0.3 mmHg Vmn : 0.20 m/s
:

TRIC Gmn : 0.2 mmHg E/A
TRIC 1.35
:

TRIC REGURGITATION

REG VEL : -3.63 m/s REG RV
GRAD 52.7 mmHg SYS 62.7 mmHg
: PR :

PULMONARY ARTERY

PULM FLOW : 0.09 m PULM - PULM
 Vmn : 0.31 m/s Gmn : 0.5 mmHg
 PULM Vp : -0.51 m/s PULM
 Gp : 1.1 mmHg PAP : 62.7 mmHg
 P ACC TIM : 95 ms

PULM REGURGITATION

REG PHT : 302 ms PDIAS 2.74 m/s EDIAS 1.90 m/s
 VEL : VEL :
 PDIAS GR : 30.1 mmHg EDIAS 14.5 mmHg
 GR :

B-MODE

EF (SIMPSON)

4CAAd : 42.16 cm² 4CAs 23.00 cm² 2CAAd 39.48 cm²
 : :
 2CAs : 24.29 cm² DIA VOL 157.2 ml SYS 61.5 ml
 : VOL :
 EF : 61 % STR VOL 95.6 ml
 :

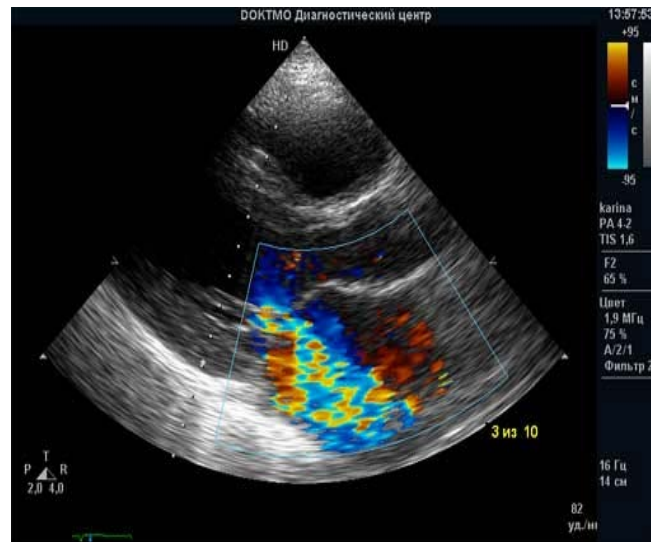
M-MODE

LEFT VENTRICLE

RV DIAM d : 15.8 mm IVS dia : 11.2 mm LVD dia : 61.2 mm
 PW dia : 10.4 mm IVS sys : 16.9 mm LVD sys : 41.8 mm
 PW sys : 21.2 mm EF : 59 % FRACT 32 %
 SH :
 SEP THICK : 52 % PW THICK : 103 % LV MASS 339 g
 :
 LVM INDEX : 173 g/m²

AORTA/LEFT ATRIUM

AO DIAM : 34.2 mm LA : 47.9 mm LA/AO 1.40
 DIA :



Висновок: визначаються дилатація лівого передсердя і шлуночка і гіперкінетичне скорочення його стінок. Неповне зімкнення передньої і задньої стулок мітрального клапана, їх потовщення, фіброз і помірна гіпертрофія лівого шлуночка. При доплерівському дослідженні II ступінь регургітації на мітральному клапані.

Заключний клінічний діагноз

На підставі скарг хворого на задишку при підвищеній фізичній нарузі, серцебиття, неприємні відчуття і кардіалгії в ділянці серця.

На підставі анамнезу захворювання – хворіє з грудня 1981 року, коли після перенесеної ангіни з'явилися болі в ділянці серця ниючого характеру, серцебиття, болі і припухлість колінних суглобів, загальна слабкість. Звернувся за медичною допомогою в дитячу поліклініку за місцем проживання. Виставлений діагноз: ревматизм, активна фаза, первинний ревмокардит, гострий перебіг, СН I ст., направлений на лікування в кардіологічне відділення 5-ої дитячої лікарні. Для лікування застосовували: пеніцилін протягом 12 днів, рібоксін внутрішньовенно, кокарбоксілазу внутрішньом'язово, індометацин, потім біцилін-3 в/м 600 тис. Од один раз на тиждень. В стаціонарі лікувався протягом 1 місяця. Потім продовжив лікування в кардіо-ревматичному санаторії протягом 1 місяця. Приймав сезонну профілактику 2 рази на рік до 16 років. Скарг не було.

Через 8 років, після переохолодження, з'явилася скарги на задишку при підвищеній фізичній нарузі, серцебиття, неприємні відчуття і кардіалгії в ділянці серця. Стан погіршувався поступово, раніше з'явилося серцебиття, потім приєдналася задишка. Звернувся за допомогою в поліклініку 6-ї лікарні, з діагнозом ревматизм, рецидивуючий кардит, СН I ст., був направлений на лікування в кардіологічне відділення. Після проведення обстеження була діагностована мітральна вада серця. Для лікування застосовував: пеніцилін внутрішньом'язово, мілдронат внутрішньовенно, диклофенак, потім біцилін-3 в/м один раз на тиждень. Лікувався 3 тижня, виписаний з покращенням, скарг не було. Призначена профілактика загострень ревматизму: біцилін-5 1,5 млн ОД внутрішньом'язово один раз на місяць.

Останнє погіршення тиждень назад: після перенесеного ГРВЗ з'явилися болі в ділянці серця ниючого характеру, серцебиття, задишка при підвищеній фізичній нарузі. Звернувся за допомогою в поліклініку 6-ї лікарні, з діагнозом ревматична хвороба серця, недостатність мітрального клапану, СН ІА ст., був направлений на лікування в кардіологічне відділення.

На підставі анамнезу життя - у дитинстві часто хворів на застудні захворювання, ангіни.

На підставі даних об'єктивного обстеження: Верхівковий поштовх зміщений ліворуч і донизу, поширений, високий, резистентний. Спостерігається зміщення лівої і верхньої меж відносної серцевої тупості. Тони серця послаблені, I тон на верхівці серця послаблений, акцент II тону на легеневій артерії. На верхівці серця вислуховується протодіастолічний ритм галопу за рахунок патологічного III тону. В області верхівки відразу за I тоном вислуховується систолічний шум, який проводиться в ліву пахвову ділянку.

На підставі додаткових обстежень – гіпоальбумінурія, гіпергамаглобулінемія, діспротейнемія, гіперфібриногенемія. Прискорення ШОЕ.

За даними рентгенографії органів грудної порожнини - визначається мітральна конфігурація серця.

На ЕКГ – гіпертрофія лівого передсердя і шлуночка.

За даними ФКГ – у верхівки серця амплітуда I тону значно знижена, реєструється систолічний шум убиваючого характеру, що починається відразу за I тоном. Шум займає більше половини систоли. Через 0,16" після II тону реєструється III тон. Над легеневою артерією визначається збільшення амплітуди II тону.

За даними ехокардіографії - дилатація лівого передсердя і шлуночка. Неповне зімкнення передньої і задньої стулок мітрального клапана, їх потовщення, фіброз і помірна гіпертрофія лівого шлуночка. При доплерівському дослідженні II ступінь регургітації на мітральному клапані.

Заключний клінічний діагноз: Ревматична хвороба серця, недостатність мітрального клапана (мітральна регургітація II ступеня), серцева недостатність ІА стадія, II ФК NYHA

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Паспортна частина

П.І.Б: Нетяга Ольга Миколаївна

Вік: 40 років

Стать: жіноча

Національність: українка

Освіта: середня спеціальна

Сімейний стан: одружена

Домашня адреса: м. Запоріжжя, вул. Перемоги буд. 81, кв. 45

Професія: бухгалтер

Дата госпіталізації: 10.11.09

Дата виписки з клініки: 24.11.09

Кількість проведених в стаціонарі днів: 15

Скарги: серцебиття і інспіраторна задишка при незначному фізичному навантаженні, кровохаркання, болі в області серця ниючого характеру, довготривалі, не пов'язані з фізичним навантаженням, тяжкість в правому підребер'ї, набряки гомілок і загальна слабкість.

Анамнез хвороби

Відчуває себе хворою з 16 років, коли після перенесеної ангіни з'явилися скарги на болі і припухлість ліктьових і гомілковостопних суглобів, лікувалася в стаціонарі протягом 2 місяців з приводу гострої ревматичної лихорадки. Через 4 роки з'явилася задишка, спочатку при звичайному, а потім при незначному фізичному навантаженні, болі в області серця. Два роки тому вперше відмітила появу набряків ніг. Місяць тому стан погіршав: посилилася задишка і набряки гомілок, приєдналися кровохаркання і болі в правому підребер'ї. Направлена на лікування в кардіологічне відділення 6-ої клінічної лікарні.

Анамнез життя

Народилася в 1969 році в місті Мелітополь, другою дитиною в сім'ї. Стан здоров'я батьків на момент народження дитини задовільний. У школу

пішла в 7 років, в розумовому і фізичному розвитку від однолітків не відставала, після закінчення 10 класів середньої школи навчалася в торговому технікумі. З 1989 року по теперішній час працює бухгалтером. Робота денна, професійних шкідливостей не має.

Умови проживання задовільні. У дитинстві часто хворіла на застудні захворювання, ангіни. В 16 років тонзілектомія.

Сімейний анамнез: одружена з 1991 року, має сина 16 років. Менструації з 12 років, менструальний цикл регулярний. Було 2 вагітності, 1 пологи без ускладнень і 1 аборт.

Не палить, алкоголем не зловживає.

Сімейних захворювань (ожиріння, подагра, діабет) у батьків та найближчих родичів не спостерігається. Батьки здорові.

Спостерігаються алергічні реакції на біцилін, новокаїн.

Об'єктивне обстеження

Загальний стан середньої тяжкості.

Стан свідомості - ясний.

Положення вимушене – ортопное.

Ціанотичний рум'янець на щоках, спинці носа (facies mitralis).

Зріст 155см, вага 59.5кг. Тілобудова слабка.

Конституційний тип: нормостенік.

Шкіра звичайної вологості. Дифузний та акроціаноз. Видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Розлади пігментації, висипки, крововиливи, рубці, пролежени відсутні. Тургор шкіри збережений. Волосся, нігті без патології. Підшкірно-жирова клітковина виражена помірно.

Набряки гомілок і стоп.

Лімфатична система: лімфатичні вузли підщелепні, передні і задні шийні, потиличні, над- і підключичні, пахвинні, пахові не пальпуються.

М'язова система: загальний розвиток м'язової системи помірний, тонус нормальний, болі при пальпації м'язів немає.

Кісткова система: деформації кісток, хребта, болі при пальпації кісток немає.

Суглоби: суглоби звичайної конфігурації. Активна і пасивна рухливість в суглобах в повному обсягу. Хрускіт, флюктуація в суглобах не визначаються. Колір шкіри і температура над суглобами не змінені.

Органи дихання

Форма грудної клітини нормостенична, симетрична. Над- і підключичні ямки помірно втягнуті. Міжреберні проміжки не змінені, лопатки прилежать до грудної клітини. Окружність грудної клітки при середньому диханні – 74см, на вдиху – 76см, на видиху – 72см. Обидві половини рівномірно беруть участь в диханні. Дихання ритмічне. Частота дихання 22 в хвилину. Тип дихання змішаний.

Пальпація грудної клітини: грудна клітина безболісна, еластична, голосове тремтіння не змінене над всією поверхнею легенів.

Перкусія легень: при порівняльній перкусии легень над всією поверхнею легеневиx полів визначається ясний легеневий звук.

Топографічна перкусія легень

Верхні межі	Справа	Зліва
спереду	на 3см вище від ключиці	на 3см вище від ключиці
ззаду	на рівні остистого відростка С _{VII}	на рівні остистого відростка С _{VII}
поля Креніга	4,5 см	4см
Нижні межі		
парастернальна лінія	верхній край VI ребра	III ребро
серединно-ключична	нижній край VI ребра	III ребро
передня пахвова	нижній край VII ребра	нижній край VII ребра
середня пахвова	верхній край VIII ребра	верхній край VIII ребра
задня пахвова	нижній край VIII ребра	нижній край VIII ребра
лопаткова	IX ребро	IX ребро
паравертебральна	на рівні остистого відростка Т _{XI}	на рівні остистого відростка Т _{XI}
екскурсія легень	4см	4см

Аускультация легень: дихання везикулярне послаблене. Вислуховується крепітація нижче кута лопатки з обох сторін грудної клітки. Хрипи не вислуховуються. Шум тертя плеври, шум плескоту по Гіппократу, шум падаючої краплі не визначається. Бронхофонія негативна.

Серцево-судинна система

Випинання грудної клітини в ділянці серця немає. Визначається пульсація в епігастральній області - серцевий поштовх. Розширення, набухання яремних вен. В області верхівки серця визначається діастолічне "котяче муркотіння" (fremissement cataire).

Верхівковий поштовх розташовується в 5 межребір'ї на 0,5см ліворуч від лівої серединно-ключичної лінії, звичайних властивостей.

Відносна серцева тупість:

- права межа - на 1см праворуч від правого краю грудини;
- ліва межа - на 0,5см ліворуч від лівої серединно-ключичної лінії;

- верхня межа - у 2 межребір'ї.

Абсолютна серцева тупість:

- права межа - на 1 см праворуч від лівого краю грудини;
- ліва межа - на 0,5 см ліворуч від лівої серединно-ключичної лінії;
- верхня межа – III ребро.

Аускультация серця: серцевий ритм правильний, ЧСС – 92/хв, I тон на верхівці серця ляскаючий, роздвоєння і акцент II тону на легеневій артерії, в області верхівки відразу за II тоном вислуховується тон відкриття мітрального клапана - «ритм перепілки». В області верхівки серця вислуховується протодіастолічний і пресистолічний шуми. Шум тертя перикарду, плевро-перикардіальний шум, шум вовчка не вислуховуються.

Пульс симетричний, малий і м'який (pulsus parvus et mollis). Частота пульсу – 92/хв. АТ на плечовій артерії зліва – 110/80 мм рт.ст., АТ на плечовій артерії справа – 105/85 мм рт.ст.

Органи травлення.

Неприємний запах з ротової порожнини відсутній. Ціаноз губ. Тріщини в кутах рота, запальне почервоніння, пігментація, облямівка по краю ясен відсутні.

Кількість здорових зубів 28, каріозних 1, відсутні 3 зуби.

Язик вологий, ціанотичний, не обкладений. Сосочки язика не змінені.

Зів і глотка звичайного кольору, без патологічного нальоту. Мигдалики відсутні.

Живіт рівномірно збільшений за рахунок скупчення вільної рідини в черевній порожнині (асцит). Пупок згладжений. Грижові випинання, видима перистальтика кишечника і шлунка, післяопераційні рубці не виявляються.

При поверхневій орієнтованій пальпації напруження м'язів черевного преса, болісність не визначаються. Перитоніальний симптом Щоткіна-Блумберга негативний. Визначається позитивний симптом флюктуації.

Сигмовидна кишка прощупується на протязі 20-25 см у вигляді гладкого ущільненого циліндра товщиною 2 см, безболісного при пальпації,

не буркітливого, дуже в'яло і рідко перистальтуючого, що зміщується убік на 4 см.

Низхідна частина товстої кишки прощупується у вигляді ущільненого, безболісного, не буркітливого циліндра товщиною 2 см.

Сліпа кишка пальпується у виді гладкого, безболісного, злегка буркітливого циліндра, шириною 3 см, помірковано напруженого і слабо рухливого з невеликим грушоподібним розширенням донизу, що зміщається убік на 2 см.

Висхідна частина ободової кишки пальпується у вигляді ущільненого циліндра товщиною 2 см, безболісного при пальпації, не буркітливого.

Нижня межа шлунка розташована по обидві сторони від середньої лінії тіла, на 2 см вище пупка, у виді валика, що лежить на хребті і з боків від нього.

Поперечно-обідна кишка пальпується на 2 см нижче великої кривизни шлунка у вигляді ущільненого, безболісного, не буркітливого циліндра товщиною 2 см.

Нижній край печінки прощупується на 3 см нижче краю реберної дуги, ущільнений, гострий і болісний. Перкуторно розміри печінки по Курлову: по правій серединно-ключичній, передній серединній і лівій реберній дузі складають 12 x 10 x 9 см. Симптом Курвуаз'є, френікус-симптом негативні. Селезінка та нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний. Болісність по ходу сечівників, в надлобковій ділянці не спостерігається.

Результати додаткових обстежень

Загальний аналіз крові:

Показник	Отримані дані	Норма
Еритроцити	3,7 T/L	4,5-5,0 T/L
Гемоглобін	126 g/L	140-160 g/L
Кольоровий показник	0,9	0,9-1,0
Лейкоцити	7,0 G/L	6,0-8,0 G/L
Нейтрофіли:		

- палочкоядерні	2%	2-4%
- сегменто-ядерні	57%	47-60%
Еозинофіли	1%	0,5-5%
Базофіли	-	0-0,5%
Лімфоцити	22%	25-30%
Моноцити	6%	6-8%
ШОЕ	17 мм/год	6-12 мм/год

Загальний аналіз сечі:

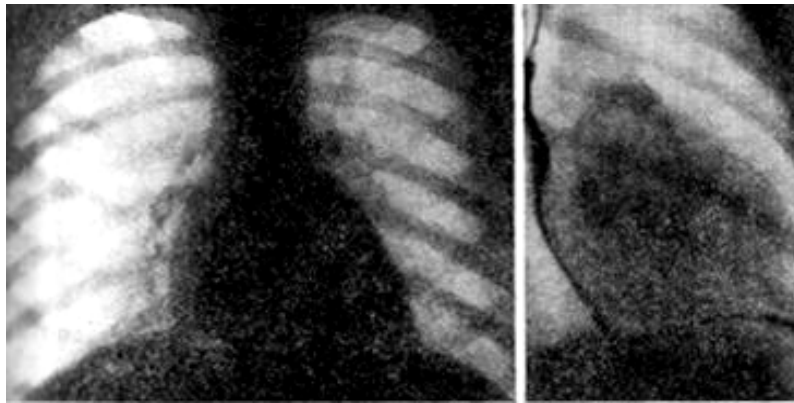
Показник	Отримані дані
Колір	ясно-жовтий
Реакція	кисла
Питома вага	1018
Білок	-
Цукор	-
Лейкоцити	1-2 в полі зору
Еритроцити	не визначаються
Епітелій плоский	1-3 в полі зору

Біохімічний аналіз крові:

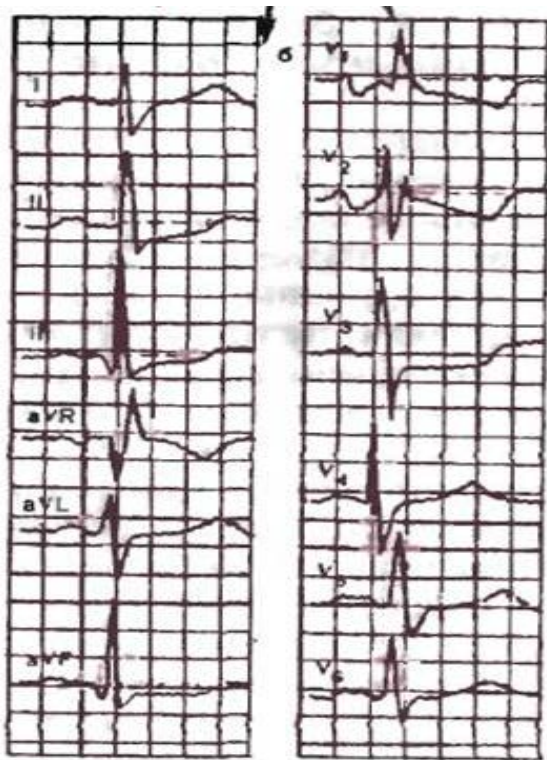
Показник	Отримані дані	Норма
Загальний білок	73 г/л	65-85 г/л
Альбуміни	50,1%	50-60%
α_1 - глобуліни	2,3%	3,5-5,0%
α_2 - глобуліни	4,5%	5,1-8,2%
β - глобуліни	8,3%	9-13%
γ - глобуліни	24%	15-22%
А/Г коефіцієнт	0,9	1,5-2,0
Калій	3,7 ммоль/л	4,1-6,0 ммоль/л
Натрій	140 ммоль/л	135-150 ммоль/л
Креатинін	0,085 ммоль/л	0,035-0,100 ммоль/л
Холестерин	3,1 ммоль/л	до 5,2 ммоль/л
Загальний білірубін	7,15 мкмоль/л	8,5-20,5 мкмоль/л
АЛТ	0,38 мкмоль/год*л	0,1-0,68 мкмоль/год*л

АСТ	0,24 ммоль/год*л	0,1-0,45 ммоль/год*л
Глюкоза	4,0 ммоль/л	3,3-5,55 ммоль/л
Ревмопроби:		
Серомукоїд	0,26 од.	0,10-0,20 од.
С-реактивний білок	+	відсутній
Анті О-стрептолізін	320 ОД	До 250 ОД АЕТО
Фібриноген	5,1 г/л	2-4 г/л

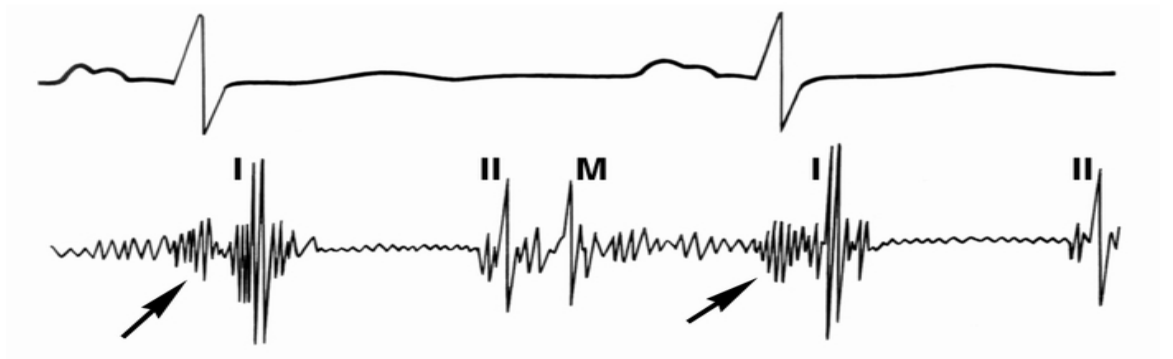
Рентгенографія органів грудної порожнини. Визначається мітральна конфігурація серця. Талія серця згладжена і вибухає. Легеневий малюнок посилений.



ЕКГ: RR - 0.68", PQ - 0.16", ЧСС 92 в 1/мин, QT - 0.33", QRS - 0.14".
Зубець Р розширений, деформований в I і II стандартних відведеннях, aVL і у відведеннях V₅₋₆ (гіпертрофія лівого передсердя). ЕОС відхилена праворуч, кут α 110⁰. Депресія сегменту ST 1мм, негативний зубець Т в III, aVF, V₁, V₂ і V₃ відведеннях (гіпертрофія правого шлуночка). Блокада правої ніжки пучка Гиса.



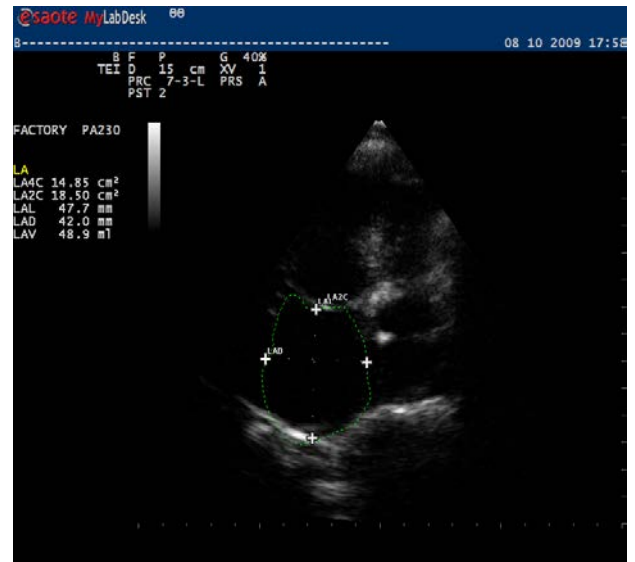
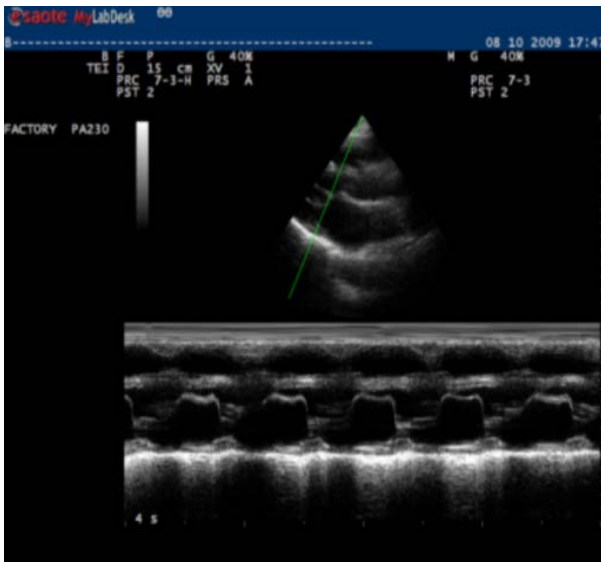
ФКГ: амплітуда I тону збільшена, після II тону реєструється додатковий тон відкриття мітрального клапана (M). II тон посилений і розщеплений на легеневій артерії. На верхівці серця реєструються протодіастолічний (убуваючий) і пресистолічний (наростальний) шуми. Q-I тон 0.07".



Ехокардіографія:

DOPPLER								
MITRAL								
MIT FVI:	0.31	m	PEAK V-E:	1.30	m/s	PEAK V-A :	1.35	m/s
PEAK GR E :	6.8	mmHg	PEAK GR A	7.3	mmHg	MIT Vmn :	0.78	m/s

			:					
MIT Gmn :	2.9	mmHg	MIT PHT :	84	ms	MITR AREA :	2.61	cm ²
E/A MITR :	0.96		E ACC TIM :	82	ms	E DEC TIM :	288	ms
TRIC REGURGITATION								
REG VEL :	- 2.26	m/s	REG GRAD :	20.4	mmHg	RV SYS PR :	30.4	mmHg
PULMONARY ARTERY								
PULM FLOW :	0.15	m	PULM Vmn :	- 0.52	m/s	PULM Gmn :	1.5	mmHg
PULM Vp :	- 0.87	m/s	PULM Gp :	3.0	mmHg	PAP :	30.4	mmHg
P ACC TIM :	120	ms						
PULM REGURGITATION								
REG PHT :	400	ms	PDIAS VEL :	1.50	m/s	EDIAS VEL :	1.33	m/s
PDIAS GR :	9.1	mmHg	EDIAS GR :	7.0	mmHg			
B-MODE								
LEFT ATRIUM								
LA AREA4C :	14.85	cm ²	LA AREA2C :	18.50	cm ²	LA LENGTH :	47.7	mm
LA DIAM :	42.0	mm	LA VOLUME :	48.9	ml			
M-MODE								
LEFT VENTRICLE								
RV DIAM d :	15.9	mm	IVS dia :	9.5	mm	LVD dia :	36.5	mm
PW dia :	9.2	mm	IVS sys :	13.0	mm	LVD sys :	20.0	mm
PW sys :	14.3	mm	EF :	77	%	FRACT SH :	45	%
SEP THICK :	37	%	PW THICK :	55	%	LV MASS :	111	g
LVM INDEX :	67	g/m ²						
AORTA/LEFT ATRIUM								
AO DIAM :	23.3	mm	LA :	44.6	mm	LA/AO DIA :	1.92	



Висновок: в М-режимі визначають П-подібний рух передньої стулки мітрального клапана, однонаправлений рух створок мітрального клапана у діастолу, зниження швидкості раннього діастолічного закриття передньої мітральної стулки, зниження загальної екскурсії руху мітрального клапана.

Двомірна ЕхоКГ виявляє: зменшення площі мітрального отвору ($1,3 \text{ cm}^2$), збільшення розмірів лівого передсердя і правого шлуночка при нормальному лівому шлуночку, рух співдружності створок мітрального клапана у бік МШП, ущільнення структур клапана і фіброзного кільця. Підвищення тиску в легеневій артерії.

Заключний клінічний діагноз

На підставі скарг хворої на серцебиття, інспіраторну задишку при незначному фізичному навантаженні, кровохаркання, болі в області серця ниючого характеру, тяжкість в правому підребер'ї, набряки гомілок і загальну слабкість.

На підставі анамнезу захворювання – хворіє з 16 років, коли з'явилися скарги на болі і припухлість ліктювих і гомілковостопних суглобів. Через 4 роки з'явилася задишка, спочатку при звичайному, а потім при незначному фізичному навантаженні, болі в області серця. Два роки тому вперше відмітила появу набряків ніг. Місяць тому стан погіршав: посилилася задишка і набряки гомілок, приєдналися кровохаркання і болі в правому підребер'ї.

На підставі анамнезу життя - у дитинстві часто хворіла на застудні захворювання, ангіни. В 16 років проведена тонзілектомія.

На підставі даних об'єктивного обстеження: загальний стан середньої тяжкості, ортопноє, facies mitralis. Дифузний та акроціаноз. Набряки гомілок і стоп.

Тахіпноє. Дихання везикулярне послаблене. Вислуховується крепітація нижче кута лопатки з обох сторін грудної клітини.

Визначається серцевий поштовх. Розширення, набухання яремних вен. В області верхівки серця визначається діастолічне "котяче муркотіння".

Верхівковий поштовх зміщений ліворуч. Визначається зміщення правої, лівої і верхньої меж відносної серцевої тупості. Розширення меж абсолютної серцевої тупості. Діяльність серця ритмічна, тахікардія. I тон на верхівці серця ляскаючий, роздвоєння і акцент II тону на легеневій артерії, в області верхівки серця вислуховується «ритм перепілки», протодіастолічний і пресистолічний шуми. Пульс симетричний, малий і м'який.

Ціаноз губ. Живіт рівномірно збільшений за рахунок асцити, позитивний симптом флюктуації. Нижній край печінки на 3см нижче краю реберної дуги, ущільнений, гострий і болісний. Розміри печінки по Курлову: по правій серединно-ключичній, передній серединній і лівій реберній дузі складають 12 x 10 x 9 см.

На підставі додаткових обстежень – гіпоальбумінурія, гіпергамаглобулінемія, діспротейнемія, гіперфібриногенемія. Підвищений серомукоїд, позитивний С-реактивний білок, підвищений титр антистрептококових антитіл. Прискорення ШОЕ.

За даними рентгенографії органів грудної порожнини - визначається мітральна конфігурація серця.

На ЕКГ – гіпертрофія лівого передсердя і правого шлуночка.

За даними ФКГ – амплітуда I тону збільшена, після II тону реєструється додатковий тон відкриття мітрального клапана. II тон посилений і

розщеплений на легеневій артерії. Реєструються протодіастолічний і пресистолічний шуми. Q-I тон 0.07".

Ехокардіографія - в М-режимі визначають П-подібний рух передньої стулки мітрального клапана, однонаправлений рух стулок мітрального клапана у діастолу, зниження швидкості раннього діастолічного закриття передньої мітральної стулки, зниження загальної екскурсії руху мітрального клапана.

Двомірна ЕхоКГ виявляє: зменшення площі мітрального отвору до $1,3\text{см}^2$, збільшення розмірів лівого передсердя і правого шлуночка при нормальному лівому шлуночку, рух співдружності стулок мітрального клапана у бік МЖП, ущільнення структур клапана і фіброзного кільця. Легенева гіпертензія.

Заключний клінічний діагноз: Ревматична хвороба серця, стеноз лівого атріо-вентрікулярного отвору III ступеня, серцева недостатність ІІБ стадія, III ФК NYHA

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

П.І.Б: Сидоров В.А.

Вік: 30 років

Стать: чоловіча

Національність: українець

Освіта: вища технічна

Сімейне положення: одружений

Домашня адреса: м.Запоріжжя. вул.Перемоги 46/6

Професія: інженер

Дата госпіталізації: 10.09.2009

Дата виписки з клініки: 27.09.2009.

Кількість проведених в стаціонарі днів: 16

Скарги

На швидку втомлюваність при фізичних навантаженнях, знижену працездатність. На запаморочення, нудоту, інколи непритомність при фізичних перенавантаженнях або різкій зміні положення тіла. Також турбує стискуючій біль за грудиною, який поширюється у ліве плече і продовжується до 5 хвилин, минає в стані спокою. Відчуття пульсації у всьому тілі, відчуття прискореного серцебиття. Скарги на задишку при прискоренні, при підйомі на 1 поверх.

Анамнез хвороби

В дитячому віці спостерігалися часті ангіни, діагностували хронічний тонзиліт. У віці 17 років через 2 тижні після чергової ангіни госпіталізований у ревматологічне відділення з діагнозом: Гостра ревматична гарячка II ст. активності. Кардит. Поліартрит. СН I.

ФК II. Пролікований згідно зі стандартами терапії (антибактеріальна терапія, нестероїдні протизапальні препарати). Через 1 міс, незважаючи на проведену

терапію, почало погіршуватися самопочуття, посилилась загальна слабкість, задишка, почали вислуховуватись шуми у ділянці серця. В подальшому перебував на обліку у ревматолога, регулярно проходив обстеження і курси лікування. Останні 2 роки поступово посилилась загальна слабкість, втомлюваність і задишка стали турбувати при мінімальних фізичних навантаженнях. Приєднались скарги на запаморочення, нудоту, інколи непритомність при фізичних перенавантаженнях або різкій зміні положення тіла. Приблизно рік тому з'явився вищеописаний біль за грудиною та відчуття пульсації у всьому тілі. Пацієнт відмітив зниження працездатності і якості життя. Теперішнє погіршення стану на протязі 1 тижня. Посилюлась інтенсивність і тривалість білю за грудиною, посилюлась задишка. Госпіталізований планово до кардіологічного відділення для подальшого обстеження і корекції терапії 10.09.09.

Анамнез життя

Народився в м. Запоріжжя першою дитиною. Розвивався без відхилень. Умови побуту задовільні, регулярно харчується, одягом по сезону забезпечений.

В анамнезі хронічний тонзиліт, неодноразово ангіни.

Венеричні хвороби, вірусний гепатит, туберкульоз заперечує. Цукровим діабетом не хворіє.

Шкідливих звичок немає. Сімейних, конституційних захворювань у батьків і найближчих родичів не виявлено. Професійних шкідливих факторів немає.

Від служби в армії був звільнений по захворюванню серця.

Алергоанамнез не обтяжений.

Об'єктивне обстеження хворого

Загальний стан середньої важкості. Положення хворого активне. Свідомість ясна. Вираз обличчя спокійний.

Очні щилини звичайні. Екзофтальм, енофтальм, птоз і набряки повік, ксантоми, ксантелазми відсутні. Склери білого кольору. Судини склер

помірно ін'єковані. Кон'юктива рожева, без висипань і рубців. Відмічається пульсація зіниць у вигляді їх звуження і розширення відповідно до фаз серцевого циклу (систола, діастола) - симптом Ландольфі.

Зріст 178см. Вага 85кг. ИМТ=27,4

Нормостенік. Достатньої вгодованості.

Шкіра бліда, акроціаноз. Шкіра чиста, еластична. Волосся і нігті у гарному стані. набряків не виявлено.

Звертає на себе увагу видима пульсація аа.сarotis. Має місце ритмічне похитування голови вперед і назад відповідно до фаз серцевого циклу (систола, діастола) - симптом де Мюсе. Виявляється «капілярний пульс» - симптом Квінке.

Пальпуються підщелепні, пахові, пахові лімфовузли у вигляді округлих м'якоеластичних утворень, розміром до 0,8 см, не спаяних між собою і оточуючими тканинами. При пальпації безболісні.

М'язова система розвинуна помірно. Тонус м'язів нормальний. Біль у м'язах відсутній.

Потовщень окістя і кісток не виявлено. Зміна розміру та форми кісток, біль відсутні. Розмір і форма суглобів в нормі.

Органи дихання

Грудна клітина нормостенічна, симетрична. В акті дихання беруть участь обидві половини грудної клітини. Допоміжна мускулатура в акті дихання не бере участі.

ЧДР – 19, тип дихання змішаний.

Пальпація грудної клітини: пальпація міжреберних проміжків безболісна.

Голосове тремтіння в нижніх відділах з обох сторін дещо підсилене.

Порівняльна перкусія легень: в нижніх відділах з обох сторін перкуторний звук притуплений.

Топографічна перкусія легень:

Висота стояння верхівок легень: спереду- 3 см над ключицею, позаду- на рівні остистого відростка VII шийного хребця. Ширина полів Креніга - 6 см.

<i>Нижня межа легень</i>	<i>Права легеня</i>	<i>Ліва легеня</i>
Пригрудинна лінія хрящ	VI ребра	-
Серединно-ключична	VI ребро	-
Передня пахвова	VII ребро	VII ребро
Середня пахвова	VIII ребро	VIII ребро
Задня пахвова	IX ребро	IX ребро
Лопаткова	X ребро	X ребро
Прихребтова	XI ребро	XI

Екскурсія легень дорівнює 3 см.

Аускультация легень: дихання везикулярне, ослаблене в нижніх відділах легень. Вислуховуються вологі незвучні дрібнопухирцеві хрипи в підлопатковій и пахвовій ділянках обох легень. Шум тертя плеври відсутній.

Серцево-судинна система

Огляд і пальпація серцевої ділянки. Серцевий горб і систолічне втягнення відсутні. Верхівковий поштовх куполоподібний, локалізується в шостому міжребер'ї на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії, площиною 2,5 см².

Перкусія серця

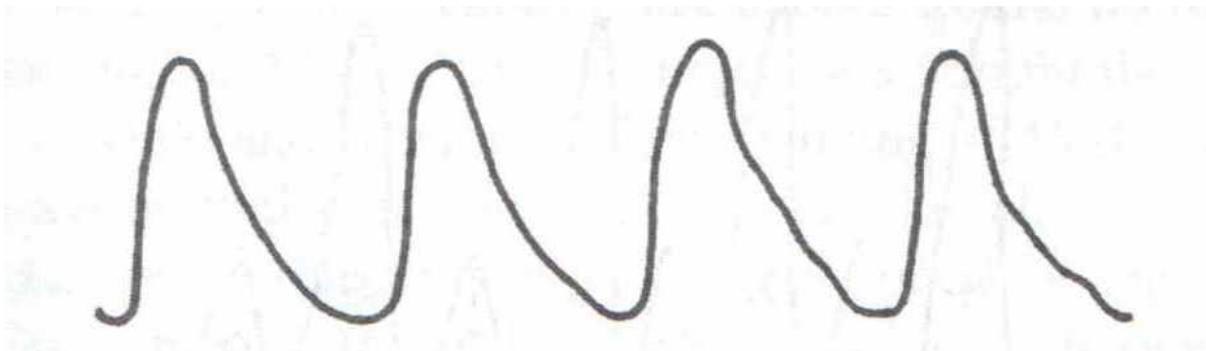
Межі серцевої тупості

Межа	Відносна	Абсолютна
Права	IV міжребер'я справа на 0,5 см назовні від края грудини	IV ребро по лівій парастернальній лінії
Ліва	VI міжребер'я на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії	V міжребер'я на 0,5 см до середини від лівої серединно-ключичної лінії
Верхня	III ребро на 1см назовні від лівої парастернальної лінії	IV ребро на 1см назовні від лівої парастернальної лінії

Ширина судинного пучка 7 см.

Аускультация серця

Ритм серця правильний. Частота серцевих скорочень 98/хв. Відмічається послаблення I тону над верхівкою, акцент II тону над a.pulmonalis. Розщеплення, роздвоєння тонів, додаткові тони (ритм галопу, ритм “перепела”) не вислуховуються. Прослуховується грубий діастолічний шум. Максимум вислуховування в т.Боткіна-Єрба, проводиться на верхівку серця. Краще вислуховується у вертикальному положенні з піднятими догори руками (с-м Сіротініна-Куковерова). Шум тертя перикарду відсутній. На a.femoralis вислуховується подвійний шум Віноградова-Дюроз’є. Пульс на променевих артеріях синхронний, ритмічний (pulsus regularis), скорий, високий, великий та швидкий. Частота пульсу 98/хв. Сфігурограма: pulsus celer, altus, saliens, magnus et frequens. На катакроті: відсутній диктротичний зубчик.



Артеріальний тиск справа та зліва 140/30 мм.рт.ст. Пульсовий тиск 110 мм.рт.ст.

Органи травлення

Огляд ротової порожнини. Язик рожевого кольору, вологий, без накладань, сосочки нормально виражені. Виразки, тріщини, ерозії, рубці відсутні. Ясна рожевого кольору, не кровоточиві; виразки, гнійні виділення відсутні. М’яке і тверде піднебіння без нальоту, геморагій і виразок. Відмічається пульсація м’якого піднебіння-симптом Мюлера. Слизова зіву без патологічних змін. Мигдалики не виступають за край піднебінних дужок, блідо-рожеві, лакунарні, без нальоту і висипних елементів.

Огляд живота. При огляді хворого в горизонтальному і вертикальному положеннях живіт округлий, звичайної конфігурації, без локальних вип'ячувань та втягнень. Підшкірні вени на передній черевній стінці не розширені. Видима перистальтика шлунка і кишечника відсутня. Пупок втягнутий. Ділянки на шкірі пігментації, депігментації, почервоніння, смуги, висипки відсутні. Участь передньої черевної стінки в акті дихання рівномірною.

Перкусія живота. Над порожнистими органами і в просторі Траубе – розлитий тимпаніт. Вільна рідина в черевній порожнині відсутня.

Поверхнева орієнтовна пальпація. Живіт м'який, не болючий, без зон гіперестезії. Симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Розходження прямих м'язів живота, грижі, пухлини відсутні. Глибока ковзна методична (топографічна) пальпація за Образцовим і Стражеско. Сигмовидна кишка прощупується в лівій клубовій ділянці на протязі 15см у вигляді гладкого неболючого циліндра без бурчання, товщиною 2 см, з рідкою перистальтикою, помірно рухливого. Сліпа кишка прощупується у вигляді помірно напруженого циліндра дещо розширеного донизу діаметром 4 см, неболючого, гладкого, рухливість до 3 см, при натискуванні – бурчить.

Кінцевий відділ здухвинної кишки пальпується в глибині правої здухвинної западини в вигляді м'якого, пасивно рухливого циліндра товщиною 1см, з легкою перистальтикою і бурчанням.

Червоподібний відросток не пальпується.

Поперечно-ободова, висхідна і нисхідна ділянки ободової кишки пальпуються у вигляді неболючого, гладкого, помірно щільного циліндра, товщиною 3 см, рухливого. Нижня межа шлунка неболюча, гладка, на 2см вище пупка. Мала кривизна шлунка і воротарь не пальпуються. Велика кривизна розташована по обидві сторони від серединної лінії, на 2 см вище пупка. Больових точок при пальпації не виявлено. Видимого збільшення печінки і її пульсації не виявлено. При пальпації печінковий

край не виступає з-під краю реберної дуги, гострий, рівний, гладкий, неболючий, м'яко-еластичної консистенції, рухомий.

Верхня межа печінкової тупості

Linea parasternalis dextra верхній край VI ребра

Linea medioclavicularis dextra VI ребро

Linea axillaris anterior dextra VII ребро

Нижня межа печінкової тупості

Linea parasternalis dextra на 2 см нижче нижнього краю правої реберної дуги

Linea medioclavicularis dextra по нижньому краю правої реберної дуги

Linea axillaris anterior dextra X ребро

Linea mediana anterior на 3 см від нижнього краю мечевидного відростка

Розміри печінки за Курловим :

Права серединно-ключична лінія 9 см.

Передня серединна 8 см.

По нижньому краю лівої реберної дуги 7 см.

Жовчний міхур не пальпується. Симптоми Курвуазьє, Ортнера, Менделя, діафрагмальний – негативні.

В зонах проекції підшлункової залози болючість не відмічається.

Пропальпувати селезінку не вдалося.

При тихій перкусії селезінкова тупість визначається між IX і XI ребрами; поперечник — 4 см, поздовжник — 6 см; передній край селезінки не заходить медіальніше linea costoarticularis.

Нирки і сечовий міхур. Ділянка попереку без змін. Нирки в горизонтальному і вертикальному положенні пропальпувати не вдалося. Точок болючості не виявлено. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовий міхур не пальпується. Перкуторно дно сечового міхура над лоном не виявляється.

Дані додаткових методів дослідження

1. Загальний аналіз крові

- Еритроцити 4,5 Т/л (4,0—5,1 Т/л)
- Гемоглобін 125г/л (130—160 г/л)
- Колірний показник 0,9 (0,85—1,05)
- Тромбоцити 280 Г/л (180—320 Г/л)
- Лейкоцити 7,2 Г/л (4,0—9,0 Г/л)
- ШОЕ 4мм/год (2—10 мм/год)

2. Загальний аналіз сечі

- Кількість 200 мл
- Колір жовтий
- Прозорість прозора
- Білок -----

3. Аналіз крові на цукор

- Глюкоза 4,35 ммоль/л

4. Біохімічний аналіз крові

- Білірубін 19,05ммоль/л (14,3—19,1 ммоль/л)
- Холестерин 6,6 ммоль/л (3,5—6,5 ммоль/л)
- Білок загальний 78.7 г/л (65—85 г/л)
- АЛТ 0,33 ммоль/(год/л) (0,1—0,7 ммоль/(год/л))
- АСТ 0,094 ммоль/(год/л) (0,1—0,5 ммоль/(год/л))
- Калій 4,6 ммоль/л (3,8—5,2 ммоль/л)
- Натрій 156,6 ммоль/л (135—150 ммоль/л)

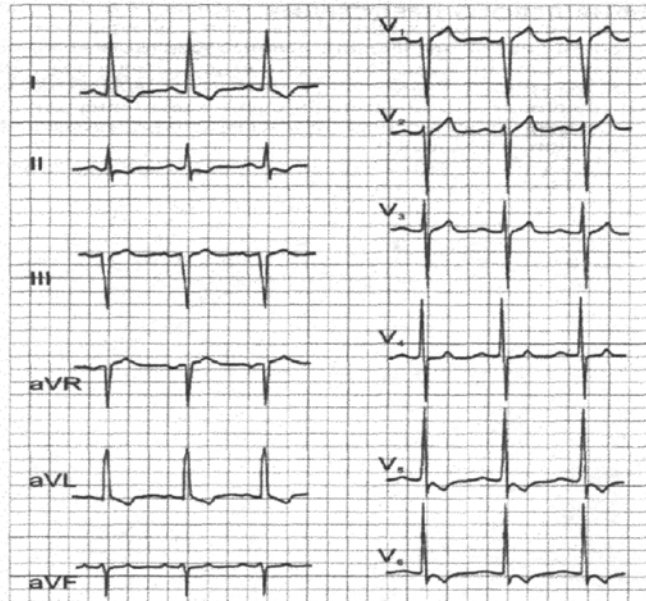
5. Коагулограма

- Час зсідання крові 9 хв (5—10 хв)
- Час рекальцифікації плазми 119 с (60—120 с)
- Протромбіновий час 14 с (12—15 с)
- Протромбіновий індекс 94,1%(80—105%)

- Концентрація фібриногену 2,66г/л (2—4 г/л)
- Толерантність плазми до гепарину 7 хв (6—11 хв)
- Фібриноліз 15% (15—20%)

Інструментальні методи обстеження

Електрокардіографія



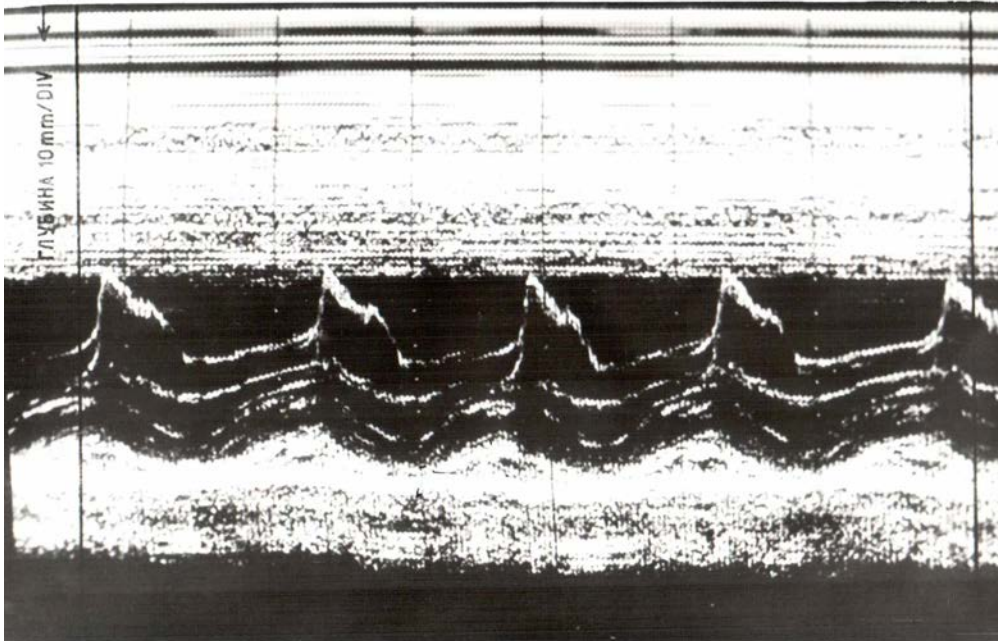
Ритм синусовий, правильний, частота серцевих скорочень 85/хв, вольтаж збережений, електрична вісь серця відхилена вліво. Кут альфа дорівнює – 20 градусів.

Відмічається збільшення амплітуди зубця R в V_5 і $V_6 > 26$ мм (ліві грудні відведення), збільшення амплітуди зубця S в V_1 і V_2 відведеннях (праві грудні відведення), при цьому $R_{V_{5,6}} + S_{V_{1,2}} \geq 35$ мм; зубець T негативний в I стандартному, aVL і $V_{5,6}$; депресія S-T на 1 мм в V_5, V_6 ;

Заключення: гіпертрофія лівого шлуночка з систолічним перевантаженням ЛШ.

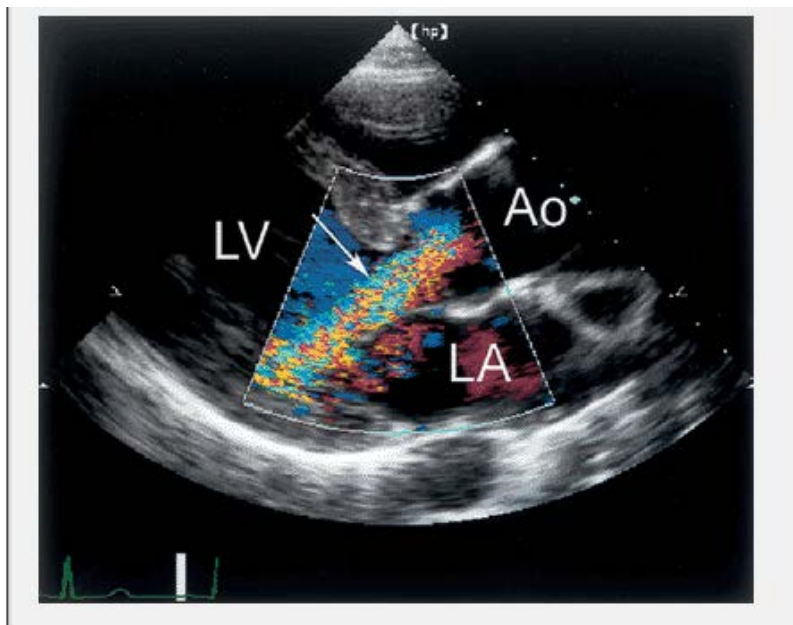
Ехокардіографія

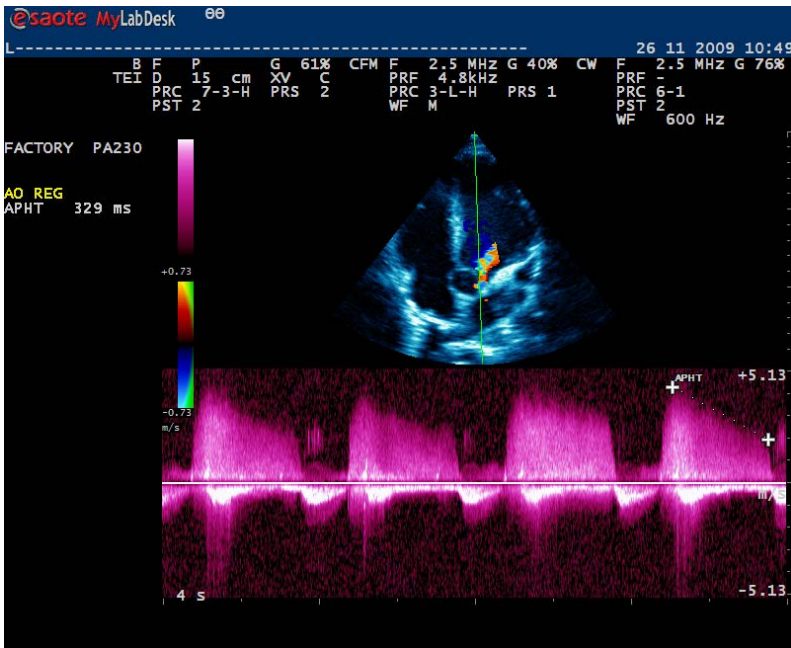
М режим:



Заключення: Товщина стінки МШП (міжшлуночкової перетинки) = 1,4.
ЗСЛШ=1,3 (задньої стінки лівого шлуночка). Ознаки гіпертрофії і дилатації лівого шлуночка. Має місце діастолічне тремтіння передньої стулки МК.

В-режим + Доплер Ехо:

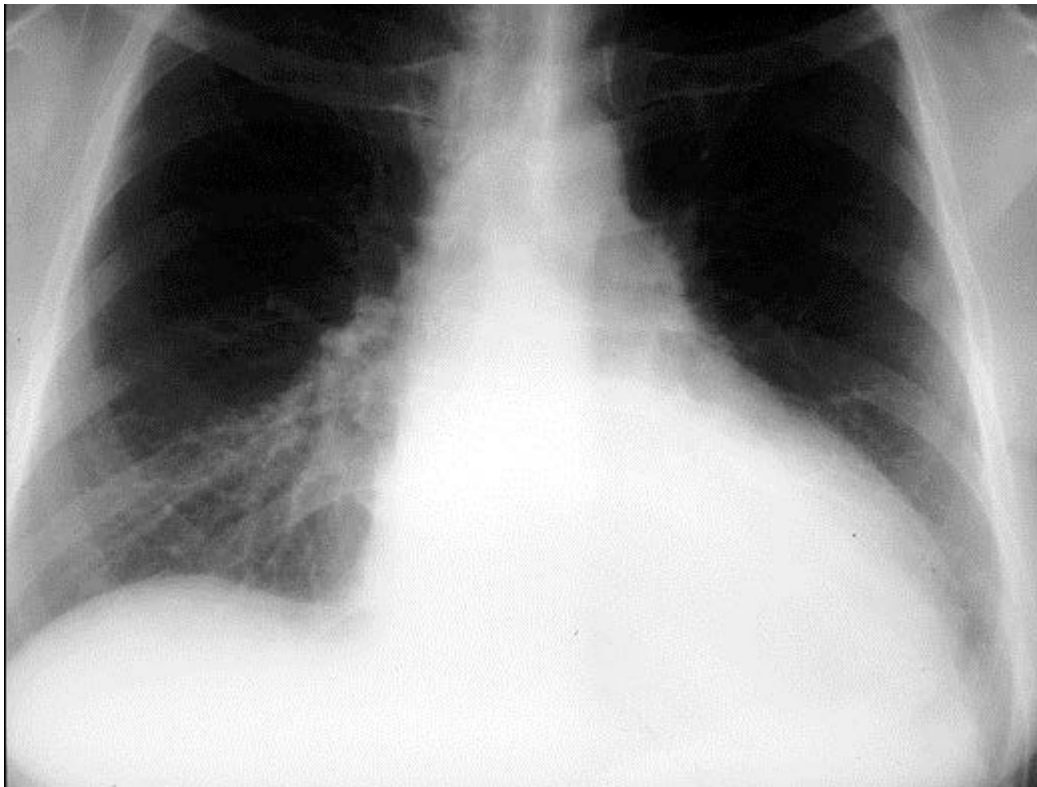




Заключення: Ознаки концентричної ГЛШ (товщина МШП-1,8, ЗСЛШ-2,1).

Аортальна регургітація R=II ступеню. Градієнт півпадиння - 329 мс.

Рентгенографія органів грудної порожнини



На прицільній рентгенограмі органів грудної порожнини в передній прямій прецесії серце займає типове розташування, горизонтальне положення, спостерігається синдром аортальної форми серця (збільшення

розмірів лівого шлуночка, підкреслена талія серця). Корені легень уширені, симетрично посилений легеневий малюнок у нижніх долях за рахунок судинного компонента.

Заключення: гіпертрофія лівого шлуночка, аортальна конфігурація серця.

Ознаки венозного застою в малому колі кровообігу.

Фонокардіографія:



Заключення: Амплітуда I тона зменшена, амплітуда II тона на легеневій артерії підвищена. Реєструється протомезодіастолічний шум, максимально виражений в V точці.

Заключний діагноз

На підставі *скарг* на швидку втомлюваність при фізичних навантаженнях, знижену працездатність, запаморочення, нудоту, інколи непритомність при фізичних перенавантаженнях або різкій зміні положення тіла. Також турбує стискуючій біль за грудиною, який поширюється у ліве

плече і продовжується до 5 хвилин, минає в стані спокою. Відчуття пульсації у всьому тілі, відчуття прискореного серцебиття. Скарги на задишку при прискоренні, при підйомі на 1 поверх.

Анамнезу хвороби: В дитячому віці спостерігалися часті ангіни, діагностували хронічний тонзиліт. У 17 років через 2 тижні після чергової ангіни госпіталізований у ревматологічне відділення з діагнозом: Гостра ревматична гарячка II ст. активності. Кардит. Поліартрит. СН I зі збереженою систолічною функцією ЛШ. ФК II. Пролікований згідно зі стандартами терапії (антибактеріальна терапія, нестероїдні протизапальні препарати). Через місяць, незважаючи на проведену терапію почало погіршуватися самопочуття, посилилась загальна слабкість, задишка, почали вислуховуватись шуми у ділянці серця. В подальшому перебував на обліку у ревматолога, регулярно проходив обстеження і курси лікування. Останні 2 роки поступово посилилась загальна слабкість, втомлюваність і задишка стали турбувати при мінімальних фізичних навантаженнях. Приєднались скарги на запаморочення, нудоту, інколи непритомність при фізичних перенавантаженнях або різкій зміні положення тіла. Приблизно рік тому з'явився вищеописаний біль за грудиною та відчуття пульсації у всьому тілі. Пацієнт відмітив зниження працездатності і якості життя. Теперішнє погіршення стану на протязі 1 тижня. Посилилась інтенсивність і тривалість болю за грудиною, посилилась задишка.

Анамнезу життя. В анамнезі хронічний тонзиліт, неодноразово ангіни.

Даних об'єктивного обстеження. Відмічається пульсація зіниць у вигляді їх звуження і розширення відповідно до фаз серцевого циклу (систола, діастола) - симптом Ландольфі. Шкіра бліда, акроціаноз. Звертає на себе увагу видима пульсація аа.сarotis. Має місце ритмічне похитування голови вперед і назад відповідно до фаз серцевого циклу (систола, діастола) - симптом де Мюсе. Виявляється «капілярний пульс» - симптом Квінке. Голосове тремтіння в нижніх відділах з обох сторін дещо підсилене. Порівняльна перкусія легень: в нижніх відділах з обох сторін перкуторний звук притуплений. Аускультация

легень: дихання везикулярне ослаблене в нижніх відділах легень. Вислуховуються вологі незвучні дрібнопухирцеві хрипи в підлопатковій и паховій ділянках обох легень. Верхівковий поштовх куполоподібний, локалізується в п'ятому міжребер'ї на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії, площиною 2,5 см². Перкуторно ліва межа відносної серцевої тупості по V міжребер'ї на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії.

Аускультация серця. Ритм серця правильний. Частота серцевих скорочень 98/хв. Відмічається послаблення I тону над верхівкою, акцент II тону над a.pulmonalis. Прослуховується грубий діастолічний шум. Максимум вислуховування в т.Боткіна-Єрба, проводиться на верхівку серця. Краще вислуховується у вертикальному положенні з піднятими догори руками (с-м Сіротініна-Куковерова). На a.femoralis вислуховується подвійний шум Віноградова-Дюрроз'є.

Пульс на променевих артеріях синхронний, ритмічний (pulsus regularis), скорий, високий, великий та швидкий (pulsus celer, altus, magnus et frequens). Частота пульсу 98/хв.

Артеріальний тиск 140/30 мм.рт.ст. Пульсовий тиск 110 мм.рт.ст

Огляд ротової порожнини

Відмічається пульсація м'якого піднебіння-симптом Мюлера.

На підставі додаткових методів обстеження:

-ЕКГ

Заключення: гіпертрофія лівого шлуночка з систолічним перевантаженням ЛШ.

-Ехокардіографія

М режим:

Заключення: товщина стінки МПП (міжшлуночкової перетинки) = 1,4. ЗСЛШ=1,3 (задньої стінки лівого шлуночка). Ознаки гіпертрофії і дилатації лівого шлуночка. Має місце діастолічне тремтіння передньої стулки МК.

В-режим + Доплер Ехо

Заключення: ознаки концентричної ГЛШ (товщина МШП-1,8, ЗСЛШ-2,1).

Аортальна регургітація R=II ступеню. Градієнт полуспаду - 329 мс

-Рентгенографія органів грудної порожнини

Заключення: гіпертрофія лівого шлуночка, аортальна конфігурація серця.

Ознаки венозного застою в малому колі кровообігу.

-Фонокардіографія:

Заключення: протомезодіастолічний шум

Можна виставити **заключний діагноз:**

Хронічна ревматична хвороба серця. Аортальна недостатність. Стадія субкомпенсації. СН II А ФКIII NYHA.

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Паспортна частина

П.І.Б: Іванов Ф.С.

Вік: 45 років

Стать: чоловіча

Національність: українець

Освіта: вища технічна

Сімейне положення: одружений

Домашня адреса: м.Запоріжжя. пр.Леніна 68/7

Професія: інженер

Дата госпіталізації: 05.09.2009

Дата виписки з клініки: 20.09.2009.

Кількість проведених в стаціонарі днів: 15

Скарги

На швидку втомлюваність при фізичних навантаженнях, знижену працездатність. На запаморочення, нудоту, інколи непритомність при фізичних навантаженнях або різкій зміні положення тіла. Також турбує стискуючій біль за грудиною, який поширюється у ліве плече і продовжується до 5 хвилин, минає в стані спокою. Скарги на задишку при прискоренні, при підйомі на 1 поверх.

Анамнез хвороби

До 42 років вважав себе відносно здоровим. В дитячому віці спостерігалися часті ангіни, діагностували хронічний тонзиліт. З 40 років почав зрідка відчувати підвищену слабкість і незначну задишку при звичайних фізичних навантаженнях. Звернувся до лікарів, при аускультатії вислуховувався шум над повехнею серця, АТ становив 130/110 мм.рт.ст. Від подальшого обстеження відмовився. Останні 3 роки поступово посилилась загальна слабкість, втомлюваність. Задишка стала турбувати при мінімальних фізичних навантаженнях. Одними з перших симптомів, що занепокоїли пацієнта, стали нудота і інколи непритомність при різкій зміні

положення тіла. Приблизно рік тому з'явився вищеописаний біль за грудиною. Пацієнт помітив зниження працездатності і якості життя. Увесь цей час за медичною допомогою не звертався. Теперішнє погіршення стану на протязі тижня. Почастішали епізоди запаморочення і непритомності, посилилась інтенсивність і тривалість болю за грудиною, посилилась задишка. Госпіталізований ургентно після чергового нападу загрудинних болей до кардіологічного відділення 05.09.09.

Анамнез життя

Народився в м. Запоріжжя першою дитиною. Розвивався без відхилень. Умови побуту задовільні, регулярно харчується, одягом по сезону забезпечений.

В анамнезі хронічний тонзиліт, неодноразово ангіни.

Венеричні хвороби, вірусний гепатит, туберкульоз заперечує. Цукровим діабетом не хворіє.

Шкідливих звичок немає. Сімейних, конституційних захворювань у батьків і найближчих родичів не виявлено. Професійних шкідливих факторів немає.

Від служби в армії був звільнений по захворюванню серця.

Алергоанамнез не обтяжений.

Об'єктивне обстеження хворого

Загальний стан середньої важкості

Положення хворого активне.

Свідомість ясна.

Вираз обличчя спокійний

Очні щилини звичайні. Екзофтальм, енофтальм, птоз і набряки повік, ксантоми, ксантелазми відсутні. Склери білого кольору. Судини склер помірно ін'єковані. Кон'юктива рожева, без висипань і рубців. Зіниці симетричні, реакція на світло пряма і співдружня.

Зріст 178см. Вага 85кг. ИМТ = 27,4

Нормостенік. Достатньої вгодованості.

Шкіра бліда, акроціаноз. Шкіра чиста, еластична. Волосся і нігті у гарному стані. Набряків не виявлено.

Пальпуються підщелепні, пахвові, пахові лімфовузли у вигляді округлих м'якоеластичних утворень, розміром до 0,8 см, не спаяних між собою і оточуючими тканинами. При пальпації безболісні.

М'язова система розвинута помірно. Тонус м'язів нормальний. Болей у м'язах немає.

Потовщень окістя і кісток не виявлено. Змін розміру, форми кісток, болей немає. Розмір і форма суглобів в нормі.

Органи дихання

Грудна клітина нормостенічна, симетрична. В акті дихання беруть участь обидві половини грудної клітини. Допоміжна мускулатура в акті дихання не бере участі. ЧДР – 19, тип дихання змішаний.

Пальпація грудної клітини: пальпація міжреберних проміжків безболісна.

Голосове тремтіння в нижніх відділах з обох сторін дещо підсилене.

Порівняльна перкусія легень: в нижніх відділах з обох сторін перкуторний звук притуплений.

Топографічна перкусія легень

Висота стояння верхівок легень:

спереду- 3 см над ключицею, позаду - на рівні остистого відростка VII шийного хребця. Ширина полів Креніга-6 см.

Нижня межа легень	Права легеня	Ліва легеня
Пригрудинна лінія хрящ	VI ребра	-
Серединно-ключична	VI ребро	-
Передня пахвова	VII ребро	VII ребро
Середня пахвова	VIII ребро	VIII ребро
Задня пахвова	IX ребро	IX ребро
Лопаткова	X ребро	X ребро
Прихребтова	XI ребро	XI

Екскурсія легень дорівнює 9 см.

Аускультация легень: дихання везикулярне, ослаблене в нижніх відділах легень. Вислуховуються вологі незвучні дрібнопухирцеві хрипи в підлопатковій и пахвовій ділянках обох легень. Шум тертя плеври відсутній.

Серцево-судинна система

Огляд і пальпація серцевої ділянки

Серцевий горб і систолічне втягнення відсутні. Верхівковий поштовх локалізується в шостому міжребір'ї на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії, площиною 2,5 см². Пальпується систолічне тремтіння у другому міжреберному проміжку справа від грудини.

Перкусія серця

Межі серцевої тупості

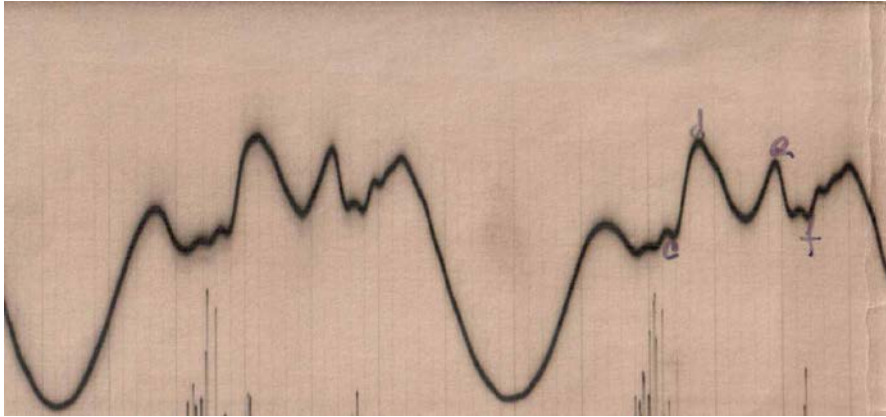
Межа	Відносна	Абсолютна
Права	IV міжребер'я справа на 0,5 см назовні від края грудини	IV ребро по лівій парастернальній лінії
Ліва	VI міжребер'я на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії	V міжребер'я на 0,5 см досередини від лівої серединно-ключичної лінії
Верхня	III ребро на 1см назовні від лівої парастернальної лінії	IV ребро на 1см назовні від лівої парастернальної лінії

Ширина судинного пучка 7 см.

Аускультация серця

Ритм серця правильний. Частота серцевих скорочень 58/хв. Відмічається послаблення I тону над верхівкою, акцент II тону над a.pulmonalis. Розщеплення, роздвоєння тонів, додаткові тони (ритм галопу, ритм “перепела”) не вислуховуються. Прослуховується грубий систолічний шум, не пов'язаний з тонами серця. Максимум вислуховування на аорті, проводиться на aa.carotis, в міжлопаткову зону. Шум тертя перикарда відсутній.

Пульс на променевих артеріях синхронний, ритмічний (*pulsus regularis*), пульс малий, низький, рідкий. Сфігмограма: *pulsus parvus, tardus et rarus*. Форма «гребінця півня». Частота пульсу 58/хв.



Артеріальний тиск справа та зліва 130/110 мм.рт.ст. Пульсовий тиск 20 мм.рт.ст

Органи травлення

Огляд ротової порожнини. Язик рожевого кольору, вологий, без накладань, сосочки нормально виражені. Виразки, тріщини, ерозії, рубці відсутні.

Ясна рожевого кольору, не кровоточиві; виразки, гнійні виділення відсутні. М'яке і тверде піднебіння блідо-рожевого кольору, без нальоту, геморагій і виразок. Слизова зіву без патологічних змін. Мигдалики не виступають за край піднебінних дужок, блідо-рожеві, лакунарні, без нальоту і висипних елементів.

Огляд живота. При огляді хворого в горизонтальному і вертикальному положеннях живіт округлий, звичайної конфігурації, без локальних вип'ячувань та втягнень. Підшкірні вени на передній черевній стінці не розширені. Видима перистальтика шлунка і кишечника відсутня. Пупок втягнутий. Ділянки на шкірі пігментації, депігментації, почервоніння, смуги, висипки відсутні. Участь передньої черевної стінки в акті дихання рівномірна.

Перкусія живота. Над порожнистими органами і в просторі Траубе – розлитий тимпаніт. Вільна рідина в черевній порожнині відсутня.

Поверхнева орієнтовна пальпація

Живіт м'який, не болючий, без зон гіперестезії. Симптом Щоткіна-Блумберга негативний. Розходження прямих м'язів живота, грижі, пухлини відсутні. Глибока ковзна методична (топографічна) пальпація за Образцовим і Стражеско. Сигмовидна кишка прощупується в лівій клубовій ділянці на протязі 15см у вигляді гладкого неболючого циліндра без бурчання, товщиною 2 см, з рідкою перистальтикою, помірно рухливого. Сліпа кишка прощупується у вигляді помірно напруженого циліндра дещо розширеного донизу діаметром 4 см, неболючого, гладкого, рухливість до 3 см, при натискуванні – бурчить. Кінцевий відділ здухвинної кишки пальпується в глибині правої здухвинної западини в вигляді м'якого, пасивно рухливого циліндра товщиною 1см, з легкою перистальтикою і бурчанням. Червоподібний паросток не пальпується. Поперечно-ободова, висхідна і нисхідна ділянки ободової кишки пальпуються у вигляді неболючого, гладкого, помірно щільного циліндра, товщиною 3 см, рухливого. Нижня межа шлунка неболюча, гладка, на 2см вище пупка. Мала кривизна шлунка і воротарь не пальпуються. Велика кривизна розташована по обидві сторони від серединної лінії, на 2 см вище пупка. Больових точок при пальпації не виявлено. Видимого збільшення печінки і її пульсації не виявлено. При пальпації печінковий край не виступає з-під краю реберної дуги, гострий, рівний, гладкий, неболючий, м'яко-еластичної консистенції, рухомий.

Верхня межа печінкової тупості

Linea parasternalis dextra верхній край VI ребра

Linea medioclavicularis dextra VI ребро

Linea axillaris anterior dextra VII ребро

Нижня межа печінкової тупості

Linea parasternalis dextra на 2 см нижче нижнього краю правої реберної дуги

Linea medioclavicularis dextra по нижньому краю правої реберної дуги

Linea axillaris anterior dextra	X ребро
Linea mediana anterior	на 3 см від нижнього краю мечевидного відростка

Розміри печінки за Курловим :

Права серединно-ключична лінія 9 см.

Передня серединна 8 см.

По нижньому краю лівої реберної дуги 7 см.

Жовчний міхур не пальпується. Симптоми Курвуазьє, Ортнера, Менделя, діафрагмальний – від’ємні. В зонах проекції підшлункової залози болючість не відмічається. Пропальпувати селезінку не вдалося.

При тихій перкусії селезінкова тупість визначається між IX і XI ребрами; поперечник — 4 см, поздовжник — 6 см; передній край селезінки не заходить медіальніше linea costoarticularis.

Нирки і сечовий міхур

Ділянка попереку без змін. Нирки в горизонтальному і вертикальному положенні пропальпувати не вдалося. Точок болючості не виявлено. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовий міхур не пальпується. Перкуторно дно сечового міхура над лоном не виявляється.

Дані додаткових методів дослідження

Загальний аналіз крові

- Еритроцити 4,5 Т/л (4,0—5,1 Т/л)
- Гемоглобін 125г/л (130—160 г/л)
- Колірний показник 0,9 (0,85—1,05)
- Тромбоцити 280 Г/л (180—320 Г/л)
- Лейкоцити 7,2 Г/л (4,0—9,0 Г/л)
- ШОЕ 4мм/год (2—10 мм/год)

6. Загальний аналіз сечі

- Кількість 200 мл
- Колір жовтий

- Прозорість прозора
- Білок -----

7. Аналіз крові на цукор

- Глюкоза 4,35 ммоль/л

8. Біохімічний аналіз крові

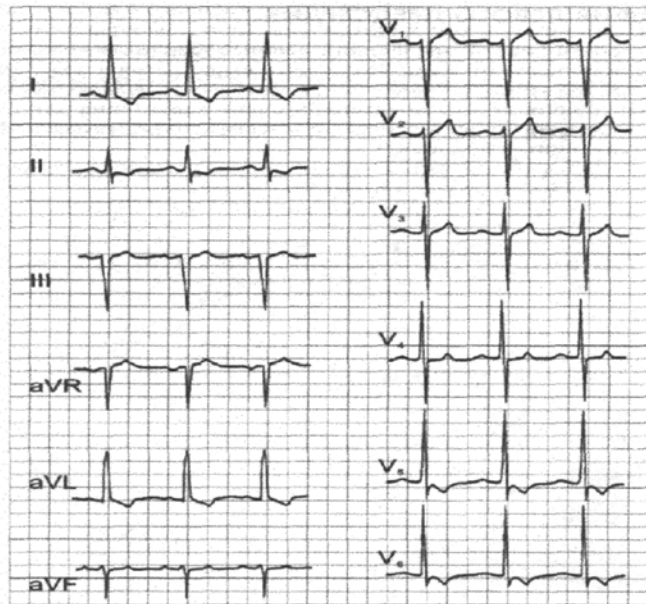
- Білірубін 19,05ммоль/л (14,3—19,1 ммоль/л)
- Холестерин 6,6 ммоль/л (3,5—6,5 ммоль/л)
- Білок загальний 78.7 г/л (65—85 г/л)
- АЛТ 0,33 ммоль/(год/л) (0,1—0,7 ммоль/(год/л))
- АСТ 0,094 ммоль/(год/л) (0,1—0,5 ммоль/(год/л))
- Калій 4,6 ммоль/л (3,8—5,2 ммоль/л)
- Натрій 156,6 ммоль/л (135—150 ммоль/л)

9. Коагулограма

- Час зсідання крові 9 хв (5—10 хв)
- Час рекальцифікації плазми 119 с (60—120 с)
- Протромбіновий час 14 с (12—15 с)
- Протромбіновий індекс 94,1%(80—105%)
- Концентрація фібриногену 2,66г/л (2—4 г/л)
- Толерантність плазми до гепарину 7 хв (6—11 хв)
- Фібриноліз 15% (15—20%)

Інструментальні методи обстеження

1. Електрокардіографія



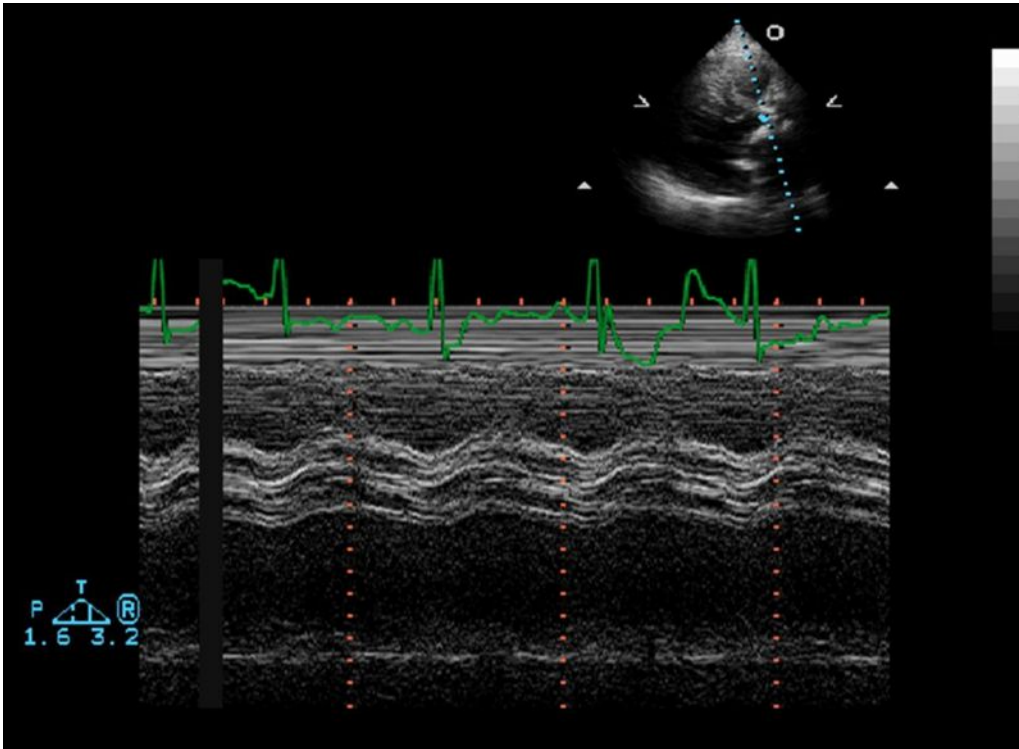
Ритм синусовий, правильний, частота серцевих скорочень 65/хв, вольтаж збережений, електрична вісь серця відхилена вліво. Кут альфа дорівнює – 20 градусів.

Відмічається збільшення амплітуди зубця R в V_5 і $V_6 > 26$ мм (ліві грудні відведення), збільшення амплітуди зубця S в V_1 і V_2 відведеннях (праві грудні відведення), при цьому $R_{V_{5,6}} + S_{V_{1,2}} \geq 35$ мм; зубець T негативний в I стандартному, aVL і $V_{5,6}$; депресія S-T на 1 мм в V_5, V_6 ;

Заключення: гіпертрофія лівого шлуночка з систолічним перевантаженням ЛШ.

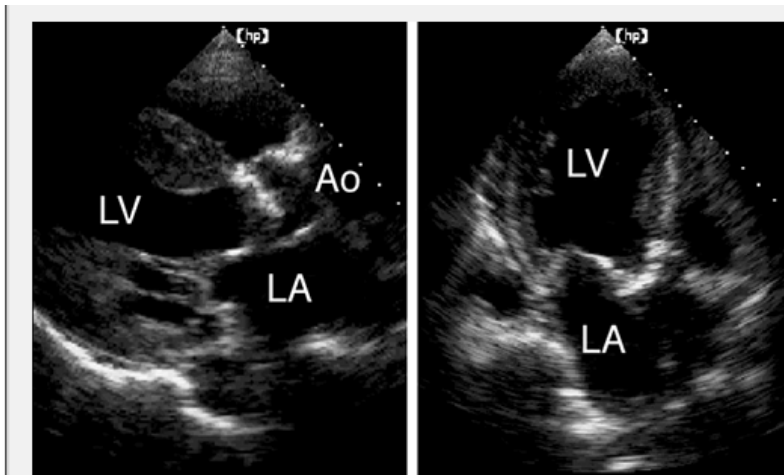
2. Ехокардіографія

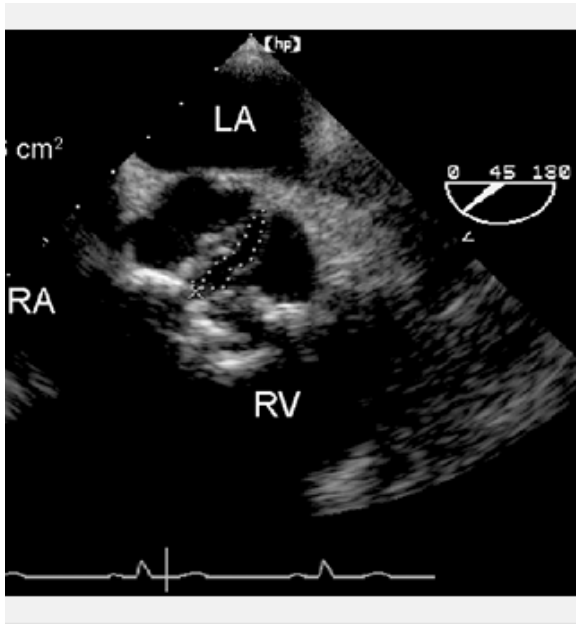
М режим:



Заключення: Розкриття стулок аортального клапану знижено до 8 мм (норма 15-20 мм). Стінки аорти і стулки аортального клапану ущільнені.

В-режим:

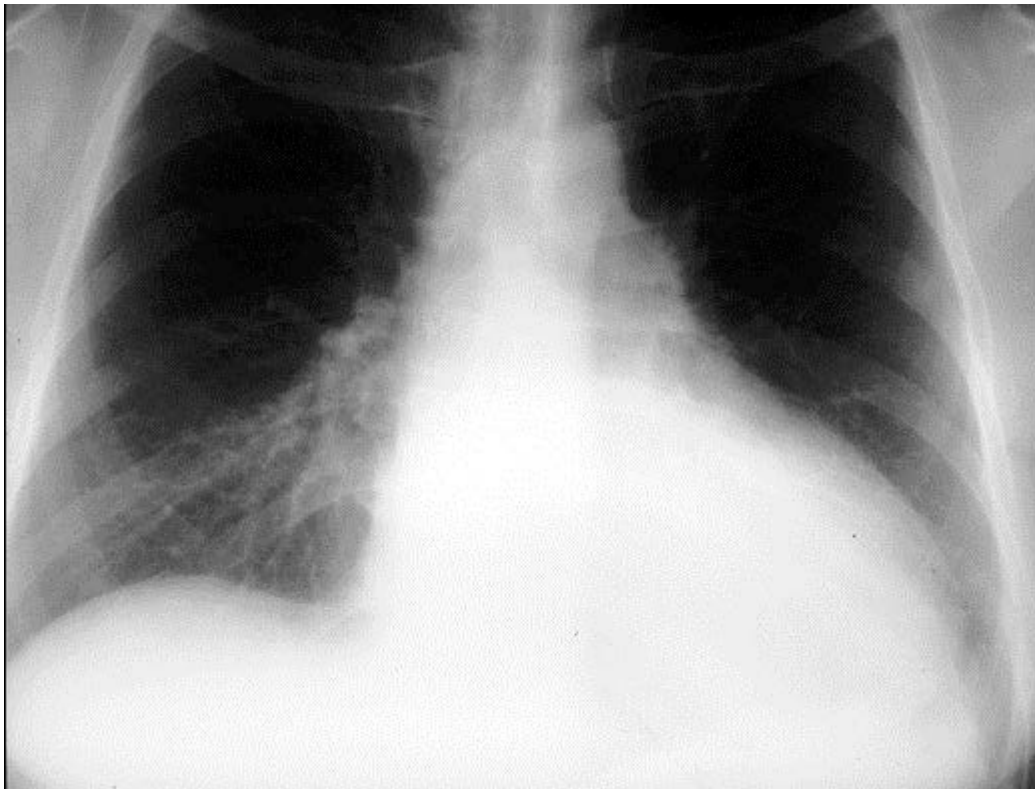




Заключення: Відмічається значний крайовий фіброз стулок ПКА (полулунні клапани аорти) зі звуженням отвору аортального клапана до 1,2 см кв. Ознаки концентричної ГЛШ (товщина МШП-1,9, ЗСЛШ-2,0).

Гradient тиску між ЛШ та аортою (по даним Доплер ЕхоКС) - 65 мм.рт.ст

10.Рентгенографія органів грудної порожнини

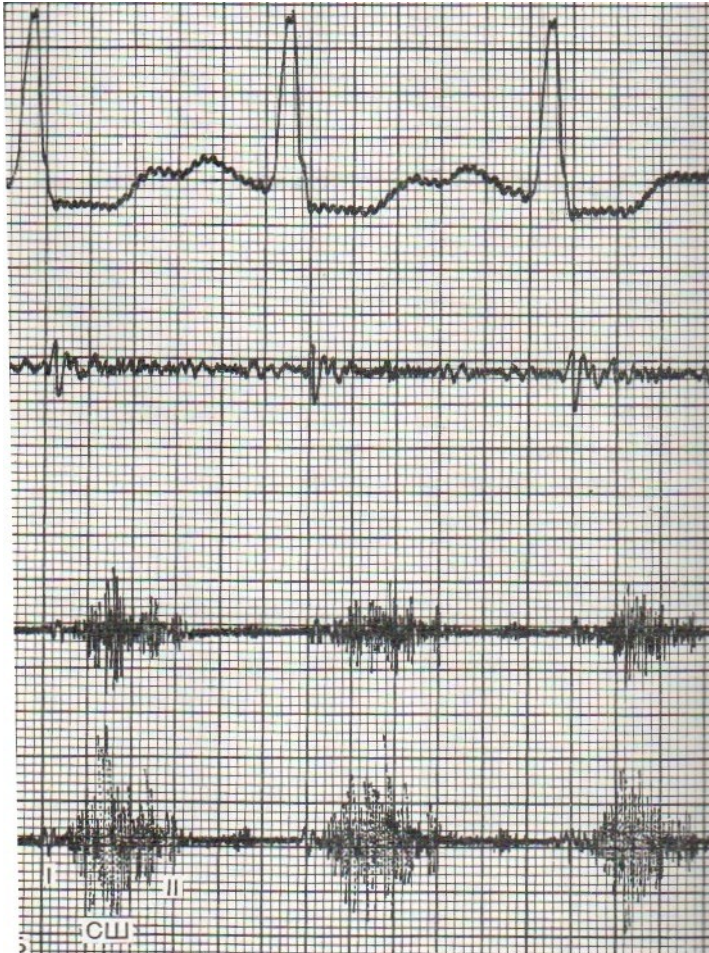


На прицільній рентгенограмі органів грудної порожнини в передній прямій преєкції серце займає типове розташування, горизонтальне положення, спостерігається синдром аортальної форми серця (збільшення розмірів лівого шлуночка, підкреслена талія серця). Корені легень розширені, симетрично посилений легеневий малюнок у нижніх долях за рахунок судинного компоненту.

Заключення: гіпертрофія лівого шлуночка, аортальна конфігурація серця.

Ознаки венозного застою в малому колі кровообігу.

Фонокардіографія:



Заключення: Послаблення II тону (друге міжребер'я справа від грудини).

Голосистолічний шум ромбовидної форми середньої амплітуди.

Заключний діагноз

На підставі скарг на швидку втомлюваність при фізичних навантаженнях, знижену працездатність, запаморочення, нудоту, інколи непритомність при фізичних навантаженнях або різкій зміні положення тіла. Також турбує стискаючий біль за грудиною, який поширюється у ліве плече і продовжується до 5 хвилин, минає в стані спокою. Скарги на задишку при прискоренні, при підйомі на 1 поверх.

Анамнезу хвороби. До 42 років вважав себе відносно здоровим. З 40 років почав зрідка відчувати підвищену слабкість і незначну задишку при звичайних фізичних навантаженнях. Звернувся до лікарів, при аускультатії вислуховувався шум над поверхнею серця, АТ становив 130/110 мм.рт.ст. Від подальшого обстеження відмовився. Останні 3 роки поступово посилилась загальна слабкість, втомлюваність і задишка стали турбувати при мінімальних фізичних навантаженнях. Одними з перших симптомів, що занепокоїли пацієнта, стали нудота і інколи непритомність при різкій зміні положення тіла. Приблизно рік тому з'явився вищеописаний біль за грудиною. Пацієнт відмітив зниження працездатності і якості життя. Увесь цей час за медичною допомогою не звертався. Теперішнє погіршення стану на протязі тижня. Почастішали епізоди запаморочення і непритомності, посилилась інтенсивність і тривалість болю за грудиною, посилилась задишка.

Анамнезу життя. В анамнезі хронічний тонзиліт, неодноразово ангіни.

Даних об'єктивного обстеження. Шкіра бліда, акроціаноз. Голосове тремтіння в нижніх відділах легень з обох сторін дещо підсилене. Порівняльна перкусія легень: в нижніх відділах з обох сторін перкуторний звук притуплений. Аускультатія легень: дихання везикулярне, ослаблене в нижніх відділах легень. Вислуховуються вологі незвучні дрібнопухирцеві хрипи в підлопатковій і пахвовій ділянках обох легень.

Верхівковий поштовх локалізується в п'ятому міжребер'ї на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії, площиною 2 см². Пальпується систолічне тремтіння у другому міжреберному проміжку справа від грудини. Перкуторно: ліва межа відносної серцевої тупості по V міжребер'ї на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії.

Аускультация серця. Ритм серця правильний. Частота серцевих скорочень 58/хв. Відмічається послаблення I тону над верхівкою, акцент II тону над a.pulmonalis. Розщеплення, роздвоєння тонів, додаткові тони (ритм галопу, ритм “перепела”) не вислуховуються. Прослуховується грубий систолічний шум, не пов'язаний з тонами серця. Максимум вислуховування на аорті, проводиться на aa.carotis, в міжлопаткову зону. Пульс на променевих артеріях синхронний, ритмічний (pulsus regularis), пульс малий, низький, рідкий (pulsus parvus, tardus et rarus). На сфігмограмі – форма «гребінця півня». Частота пульсу 58/хв. Артеріальний тиск 130/110 мм.рт.ст. Пульсовий тиск 20 мм.рт.ст

На підставі додаткових методів обстеження:

-ЕКГ

Заключення: гіпертрофія лівого шлуночка з систолічним перевантаженням ЛШ.

-Ехокардіографія

М режим:

Заключення: Розкриття стулок аортального клапану знижено до 8 мм (норма 15-20 мм). Стінки аорти і стулки аортального клапану ущільнені.

В-режим:

Заключення: Відмічається значний крайовий фіброз стулок ПКА (полулунні клапани аорти) зі звуженням отвору аортального клапану до 1,2 см кв. Ознаки концентричної ГЛШ (товщина МШП-1,9, ЗСЛШ-2,0).

Гradient тиску між ЛШ та аортою (по даним Доплер ЕхоКС) - 65 мм.рт.ст

-Рентгенографія органів грудної порожнини: гіпертрофія лівого шлуночка, аортальна конфігурація серця. Ознаки венозного застою в малому колі кровообігу.

-Фонокардіографія:

Заклучення: Послаблення II тону (друге міжребер'я справа від грудини).
Голосистолічний шум ромбовидної форми середньої амплітуди.

Можна виставити **заклучний діагноз:**

Хронічна ревматична хвороба серця. Аортальний стеноз. Стадія відносної коронарної недостатності. СН II А ФКІІІ NYHA.

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Паспортна частина

П.І.Б: Дудін Іван Миколайович

Вік: 57 років

Стать: чоловіча

Національність: українець

Освіта: середня

Сімейний стан: одружений

Домашня адреса: м. Запоріжжя, вул. Лермонтова буд. 26, кв. 35

Професія: ливарник

Дата госпіталізації: 13.11.09

Дата виписки з клініки: 27.11.09

Кількість проведених в стаціонарі днів: 15

Скарги

Тяжкість в потилиці, запаморочення, нудота, мерехтіння "мушок" перед очима.

Анамнез хвороби

Підвищення АТ відзначає (до цього вимірював тільки під час профілактичних медичних оглядів на заводі, із слів хворого АТ був 120/80 мм рт.ст.), приблизно з січня 2005 року, коли почали турбувати головні болі, які виникали переважно після емоційного перевантаження, носили характер тяжкості в потилиці, скронях, проходили самостійно через декілька годин. Часто головний біль супроводжував біль в серці, максимальний тиск, який відзначав пацієнт, був 180/120 мм рт.ст. З приводу цих головних болів приймав баралгін або анальгін, після прийому яких болі трохи стихали, за медичною допомогою не звертався.

Погіршення 20.10.2009, коли після стресу з'явилася тяжкість в потилиці, запаморочення, нудота, мерехтіння "мушок" перед очима. Звернувся в поліклініку, АТ 200/110 мм рт. ст., направлений на госпіталізацію в

кардіологічне відділення 6-ої міської лікарні з діагнозом: Гіпертонічна хвороба II стадія, криз.

Анамнез життя

Народився в 1952 році в місті Запоріжжя, єдиною дитиною в сім'ї. У школу пішов в 7 років, в розумовому і фізичному розвитку від однолітків не відставав, після закінчення 8 класів середньої школи працював на заводі вантажником. З 1970 по 1972 служив в рядах Радянської армії. З 1972 року по 1983 працював вантажником в магазині, потім працював ливарником на заводі "Запоріжсталь" в гарячому цеху.

Умови життя задовільні.

Сімейний анамнез: одружений з 1973 року, має сина 22 років.

Палить з 15 років по одній пачці цигарок в день, після початку захворювання обмежує себе в курінні (одна пачка на 2-3 дні), алкоголем не зловживає.

Сімейні захворювання (ожиріння, подагра, діабет) у батьків і найближчих родичів відсутні.

Спадковість: мати померла від інсульту (страждала гіпертонічною хворобою).

Алергологічний анамнез не обтяжений.

Об'єктивне обстеження.

Стан хворого задовільний.

Стан свідомості ясний.

Положення активне.

Статура гіперстенична, деформацій скелета немає. Зріст 185 см, вага 107 кг. ІМТ 31,3 кг/м². Підшкірно-жирова клітковина виражена, ожиріння II ступеня.

Шкіра звичайного забарвлення, чиста. Обличчя гіперемоване. Тургор шкіри збережений. Видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору.

Кістково-м'язова система. Загальний розвиток м'язової системи хороший, болі при пальпації м'язів немає. Деформацій кісток, болі при пальпації суглобів немає. Суглоби звичайної конфігурації. Активна і пасивна рухливість в суглобах в повному обсязі.

Лімфатичні вузли: потиличні, передні і задні шийні, підщелепні, пахвові, ліктьові, пахові, підколінні не пальпуються.

Щитовидна залоза не збільшена, м'якоеластичної консистенції.

Форма грудної клітки гіперстенична, обидві половини рівномірно беруть участь в диханні. Дихання ритмічне. Частота дихання 16 в хвилину.

Пальпація грудної клітки: грудна клітина безболісна, еластична, голосове тремтіння не змінене над всією поверхнею легень.

Перкусія легень: при порівняльній перкусії легень над всією поверхнею легень визначається ясний легеневий звук.

Топографічна перкусія легень.

Верхні межі	Справа	Зліва
спереду	на 3см вище від ключиці	на 3см вище від ключиці
здаду	на рівні остистого відростка C _{VII}	на рівні остистого відростка C _{VII}
поля Креніга	4,5 см	4см
Нижні межі		
парастернальна лінія	верхній край VI ребра	IV ребро
серединно-ключична	нижній край VI ребра	III ребро
передня пахвова	нижній край VII ребра	нижній край VII ребра
середня пахвова	верхній край VIII ребра	верхній край VIII ребра
задня пахвова	нижній край VIII ребра	нижній край VIII ребра
лопаткова	IX ребро	IX ребро
паравертебральна	на рівні остистого відростка T _{XI}	на рівні остистого відростка T _{XI}
екскурсія легень	бсм	бсм

Аускультация легень: дихання везикулярне. Хрипи, крепітація не вислуховуються. Шум тертя плеври, шум плескоту по Гіппократу, шум падаючої краплі не визначається. Бронхофонія негативна.

Серцево-судинна система

Випинання грудної клітки в ділянці серця немає. Пульсація в епігастральній області не визначається. Розширення, набухання яремних вен не виявляється.

Пальпація ділянки серця: верхівковий поштовх визначається на 2 см ліворуч від лівої серединно-ключичної лінії в п'ятому міжребер'ї, розлитий, високий, резистентний.

Перкусія серця: межі відносної серцевої тупості:

- права межа: правий край грудини;
- ліва межа: на 2 см ліворуч від лівої серединно-ключичної лінії;
- верхня межа: III ребро.

Абсолютна серцева тупість:

- права межа - лівий край грудини;
- ліва межа - на 2 см ліворуч від лівої серединно-ключичної лінії;
- верхня межа – IV ребро.

Аускультация серця: тони серця збережені, ритмічні. ЧСС 80/хв. Акцент II тону над аортою. Систолічний шум на верхівці і в точці Боткіна. Шум м'який, короткий, не проводиться на судини шиї і в пахвову ділянку.

При аускультатії великих артерій шумів не виявлено. Пульс пальпується на великих артеріях верхніх і нижніх кінцівок, а також в проєкціях скроневих і сонних артерій.

Частота пульсу 80 ударів на хвилину, ритмічний, напружений, задовільного наповнення, симетричний. АТ на лівій руці 170/100 мм.рт.ст., на правій руці АТ 175/100 мм.рт.ст.

Система органів травлення

Огляд ротової порожнини: язик вологий, обкладений сірватим нальотом.

Огляд живота: живіт симетричний з обох боків, черевна стінка бере участь в акті дихання. При поверхневій пальпації черевна стінка м'яка, безболісна, ненапружена.

Сигмовидна кишка прощупується на протязі 20-25см у вигляді гладкого ущільненого циліндра товщиною 2 см, безболісного при пальпації, не буркітливого, дуже в'яло і рідко перистальтуючого, що зміщається убік на 3-5см.

Сліпа кишка пальпується у виді гладкого, безболісного, злегка буркітливого циліндра, шириною 3-5см, помірковано напруженого і слабо рухливого з невеликим грушоподібним розширенням донизу.

Низхідна частина товстої кишки прощупується у вигляді ущільненого, безболісного, не буркітливого циліндра товщиною 2 см.

Нижня межа шлунка розташована по обидві сторони від середньої лінії тіла, на 2 см вище пупка, у виді валика, що лежить на хребті і з боків від нього.

Поперечно-обідна кишка пальпується на 2 см нижче великої кривизни шлунка у вигляді ущільненого, безболісного, не буркітливого циліндра товщиною 2 см.

Нижній край печінки прощупується по краю реберної дуги, м'який, гострий, що легко підвертається, і безболісний.

Перкуторно розміри печінки по Курлову: по правій серединно-ключичній, передній серединній і лівій реберній дузі складають 9 x 8 x 7 см. Симптоми Мюсі, Мерфі, Ортнера негативні. Френікус симптом негативний. Селезінка та нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний.

Дані додаткових методів обстеження

Загальний аналіз крові:

Показник	Отримані дані	Норма
----------	---------------	-------

Еритроцити	4,8 T/L	4,5-5,0 T/L
Гемоглобін	146 g/L	140-160 g/L
Кольоровий показник	0,9	0,9-1,0
Лейкоцити	6,8G/L	6,0-8,0 G/L
Нейтрофіли:		
- палочкоядерні	4%	2-4%
- сегменто-ядерні	67%	47-60%
Еозинофіли	1%	0,5-5%
Базофіли	-	0-0,5%
Лімфоцити	20%	25-30%
Моноцити	8%	6-8%
ШОЕ	9 мм/год	6-12 мм/год

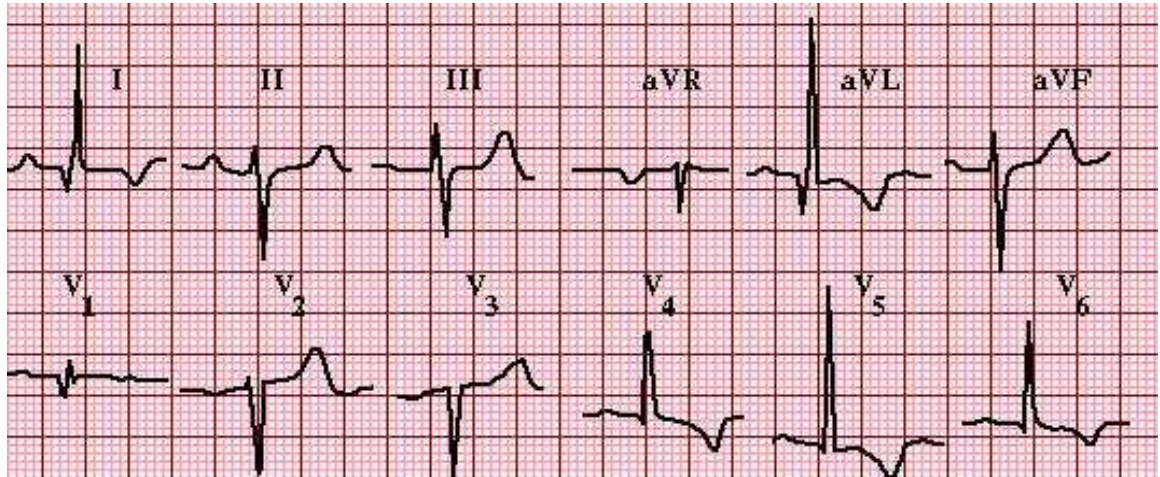
Загальний аналіз сечі:

Показник	Отримані дані
Колір	ясно-жовтий
Реакція	лужна
Питома вага	1015
Білок	-
Цукор	-
Лейкоцити	1-2 в полі зору
Еритроцити	не визначаються
Епітелій плоский	1-3 в полі зору

Біохімічний аналіз крові:

Показник	Отримані дані	Норма
Загальний білок	73 г/л	65-85 г/л
Сечовина	6,0 ммоль/л	2,5-8,3 ммоль/л
Калій	3,7 ммоль/л	4,1-6,0 ммоль/л
Натрій	140 ммоль/л	135-150 ммоль/л
Креатинін	0,105 ммоль/л	до 0,115 ммоль/л
Холестерин	6,1 ммоль/л	до 5,2 ммоль/л
Загальний білірубін	7,15 мкмоль/л	8,5-20,5 мкмоль/л
Тригліцеріди	0,93 мкмоль/л	0,1-2,2 мкмоль/л
АЛТ	0,44 мЛМоль/год*л	0,1-0,68 мЛМоль/год*л
АСТ	0,22 мЛМоль/год*л	0,1-0,45 мЛМоль/год*л
Глюкоза	4,4 ммоль/л	3,3-5,55 ммоль/л

Електрокардіографія: синусовий ритм, ЧСС 75 в хвилину, ЕОС відхилена ліворуч, кут α -10° . Депресія сегменту ST 1мм в aVL, V₅, негативний зубець Т в I, II, aVL, V₅₋₆. Гіпертрофія лівого шлуночка.



Ехокардіографія.

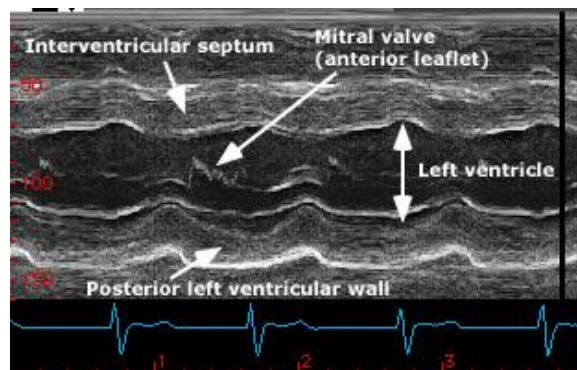
Показник	Отримані дані	Норма
Восхідна аорта, см	4,4	2,0-3,8
ЛП, см	3,6	2,0-4,0
КДР, см	5,4	3,5-5,7
КСР, см	3,9	2,3-3,8
ТЗСЛШ, см	1,4	0,6-1,2
ТМШП, см	1,2	0,6-0,9
ІММЛШ	128 г/м ²	Ч<124, Ж<110 г/м ²
ФВ, %	64%	> 55%
ПШ, см	1,3	0,9-2,6
Стінка ПШ, см	0,3	0,2-0,3
Діастолічна дисфункція лівого шлуночка		
Е/А ЛШ	< 1	1,07-2,3

Немає порушення релаксації, псевдонормальний профіль, рестриктивне наповнення.

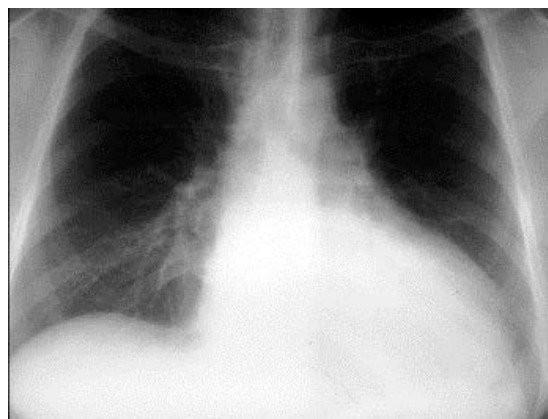
Клапан	Структура	Граденти	Функція
Мітральний	норма	4,3	MP I ст.
Аортальний	норма	5,2	норма

Трікуспідальний	норма	1,6	норма
Легеневої артерії	норма	2,0	норма

Висновок: концентрична гіпертрофія лівого шлуночка (гіпертрофія задньої стінки і міжшлуночкової перегородки). Діастолічна дисфункція лівого шлуночка 1-го типу. Порушень локальної скоротності міокарду немає. Допплерографія: прикляпанна мітральна регургітація I ступеня.



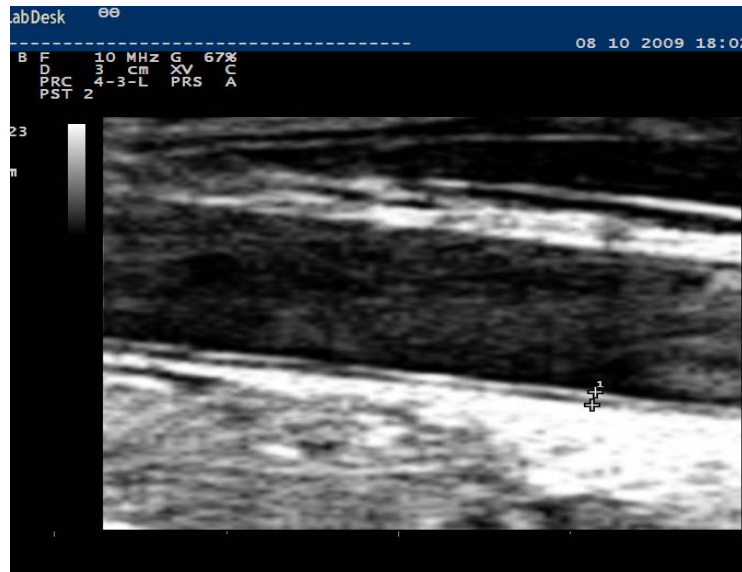
Рентгенографія грудної клітки: на рентгенограмі органів грудної клітини свіжих осередкових і інфільтративних змін в легенях не визначається. Коріння легень структуроване, не розширене. Лівий шлуночок збільшений. Аорта ущільнена, розширена.



УЗІ нирок. Нирки звичайної форми, чашечно-мискова система не розширена. Надниркові залози – не змінені.

Консультація окуліста. Передні відрізки очей не змінені, оптичні середовища прозорі. Очне дно: диск зорового нерва рожевий, контури чіткі, артерії помірно звужені, вени розширені. Симптом Салюса I.

Допплерографія сонних артерій: диференціація шарів ендотелію втрачена, співвідношення інтіма/медіа дорівнює 1,1мм (норма до 0,9мм).



Консультація невропатолога. Неврологічної патології не виявлено.

Заключний клінічний діагноз

На підставі скарг хворого на тяжкість в потилиці, запаморочення, нудоту, мерехтіння "мушок" перед очима.

На підставі анамнезу захворювання – підвищення АТ відзначає з січня 2005 року, коли почали турбувати головні болі, які виникали переважно після емоційного перевантаження, носили характер тяжкості в потилиці, скронях, проходили самостійно через декілька годин. Часто головний біль супроводжував біль в серці, максимальний тиск, який відзначав пацієнт, був 180/120 мм.рт.ст. З приводу цих головних болів приймав баралгін або

анальгін, після прийому яких болі трохи стихали, за медичною допомогою не звертався.

Погіршення 20.10.2009, коли після стресу з'явилася тяжкість в потилиці, запаморочення, нудота, мерехтіння "мушок" перед очима. Звернувся в поліклініку, АТ 200/110 мм рт.ст. направлений на госпіталізацію в кардіологічне відділення 6-ої міської лікарні з діагнозом: Гіпертонічна хвороба II стадія, криз.

На підставі анамнезу життя – палить на протязі 42 років, мати хворого страждала на гіпертонічну хворобу, померла від інсульту.

На підставі даних об'єктивного обстеження: Статура гіперстенична, ІМТ 31,3 кг/м², ожиріння II ступеня. Верхівковий поштовх зміщений ліворуч, розлитий, високий, резистентний. Відхилення ліворуч лівої межі відносної серцевої тупості. Акцент II тону над аортою. Систолічний шум на верхівці і в точці Боткіна, не проводиться на судини шиї і в пахвову ділянку. Пульс напружений. АТ 170/100 мм.рт.ст.

На підставі додаткових обстежень – гіперхолестеринемія.

ЕКГ: гіпертрофія лівого шлуночка.

ЕхоКГ: концентрична гіпертрофія лівого шлуночка. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка 1-го типу. Допплерографія: прикляпанна мітральна регургітація I ступеня.

Рентгенографія грудної клітки: Лівий шлуночок збільшений. Аорта ущільнена, розширена.

Допплерографія сонних артерій: диференціація шарів ендотелію втрачена, співвідношення інтіма/медіа дорівнює 1,1мм.

Консультація окуліста. артерії помірно звужені, вени розширені. Симптом Салюса I.

Заключний клінічний діагноз: Гіпертонічна хвороба II стадія, 2 ступінь, група високого додаткового ризику, неускладнений гіпертонічний криз.

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Паспортна частина

П.І.Б: Степанов В.С.

Вік: 58 років

Стать: чоловіча

Національність: українець

Освіта: вища

Сімейне положення: одружений

Домашня адреса: м. Запоріжжя, вул. М. Рибалка, 25, кв. 15

Професія: вчитель

Дата госпіталізації: 14.11.08р.

Дата виписки з клініки: 27.11.08р.

Кількість проведених в клініці днів: 13

Скарги

Скаржиться на стискаючий біль за грудиною, що ірадіює до лівої лопатки, помірної інтенсивності, тривалістю до 5 хвилин, що виникає під час руху до 150 м або підйомі на 3-й поверх, а також після прийому надмірної кількості їжі. Стан полегшується при прийомі однієї таблетки нітрогліцерину, інколи у стані спокою. Біль супроводжується відчуттям прискореного серцебиття. Також хворий скаржиться на задишку, що виникає при прискореному русі або при підйомі на 2-3 поверх.

Анамнез хвороби

Вважає себе хворим на протязі двох років. Вранці під час руху на роботу став відчувати пекучий біль за грудиною, що з'являвся після дистанції біля 500 м. Біль змушував хворого зупинитися та перепочити декілька хвилин, після чого зникав через 1-2 хвилини. Напади повторювалися майже щодня. Через півроку хворий став відмічати, що напади болю розвиваються під час менших фізичних навантажень, а також при вдиханні холодного повітря та після щільного прийому їжі. Звернувся у поліклініку, де після обстеження хворому була призначена медикаментозна терапія, а під час

нападів рекомендовано вживати таблетку нітрогліцерину. Після цього хворий відчув полегшення стану, кількість нападів зменшилась. Проте через рік знову стали турбувати напади загрудинного болю при русі до 150 м, вдиханні холодного повітря та після прийому їжі. Кількість нападів на добу складала від 5 до 10. Також почала турбувати задишка при підйомі на другий-третій поверх. Майже кожну ніч став просинатися від почуття нестачі повітря та важкості у грудях, що змушувала хворого приймати положення сидячи та вживати нітрогліцерин. Із цими скаргами звернувся до поліклініки, був направлений на лікування до кардіологічного відділення.

Анамнез життя

Народився у 1951 році у місті Харків, першою дитиною в сім'ї. Стан здоров'я батьків на момент народження дитини – задовільний. У школі почав навчання з 7 років, учився легко, у розумовому та фізичному розвитку від однолітків не відставав. Закінчив педагогічний університет. С 1974 року по теперішній час працює вчителем. Робота денна, супроводжується психоемоціональним навантаженням.

Умови проживання задовільні. У дитинстві зрідка хворів на застудні захворювання. Наявність венеричних захворювань, туберкульозу, вірусного гепатиту заперечує.

Сімейний анамнез: одружився у 1977 році, має двох дітей.

Палить з 1968 року, стаж курця – 60 пачко-літ. Алкоголем не зловживає. Регулярними фізичними навантаженнями не займається.

З 2000 року має артеріальну гіпертензію, адаптований до 160/90 мм рт. ст.. Регулярно ліки не вживає, інколи приймає еналаприл.

Батько хворого помер у віці 54 років від інфаркту міокарда. Мати померла у віці 63 років від інсульту, мала супутній цукровий діабет 2 типу.

Алергологічний анамнез без особливостей.

Об'єктивне обстеження хворого

Загальний стан хворого задовільний.

Положення хворого активне.

Свідомість ясна. Вираз обличчя спокійний.

Огляд очей – очні щілини симетричні, спостерігається ліпоїдна дуга (*arcus senilis*).

Зріст 170 см. Вага 95 кг. ІМТ=32,8 кг/м². Окружність талії 115 см.

Гіперстеник. Надмірної вгодованості. Ожиріння I ступеню.

Шкіра рожева, чиста, еластична. Слизові оболонки – блідо-рожевого кольору. Розлади пігментації, крововиливи, рубці промежини відсутні.

Тургор шкіри збережений. Волосся та нігті без патології.

Підшкірна клітковина розвинута надмірно. Набряків не виявлено.

Лімфатичні вузли не пальпуються.

М'язова система розвинена помірно. Тонус м'язів нормальний. Болю у м'язах при пальпації немає.

Кісткова система – деформації кісток, хребта та болю при пальпації кісток немає.

Суглоби звичайної конфігурації. Активна і пасивна рухливість у суглобах у повному обсязі. Хрускіт та флюкція не визначаються. Колір шкіри та температура над суглобами не змінені.

Органи дихання

Грудна клітина гіперстенічна, симетрична. Над- та підключичні ямки помірно втягнуті. Міжреберні проміжки не змінені, лопатки не виступають.

Окружність грудної клітини при середньому диханні – 88 см, на вдиху – 92 см, на видиху – 85 см. В акті дихання беруть участь обидві половини грудної клітини. Допоміжна мускулатура в акті дихання участі не бере.

Частота дихальних рухів – 16, тип дихання змішаний.

Пальпація грудної клітини: пальпація ребер та міжреберних проміжків безболісна.

Голосове тремтіння над усією поверхністю легень не змінене.

При порівняльній перкусії легень над всією поверхністю ясний легеневий звук.

Топографічна перкусія легень:

Верхні межі	Справа	Зліва
Спереду	на 2 см вище ключиці	на 2 см вище ключиці
Ззаду	на рівні остистого відростка С _{VII}	на рівні остистого відростка С _{VII}
ширина полів Креніга	5 см	4 см
Нижні межі		
Парастернальна лінія	верхній край VI ребра	-
Серединно-ключична лінія	нижній край VI ребра	-
Передня пахвова лінія	нижній край VII ребра	нижній край VII ребра
Середня пахвова лінія	верхній край VIII ребра	верхній край VIII ребра
Задня пахвова лінія	нижній край VIII ребра	нижній край VIII ребра
Лопаткова лінія	IX ребро	IX ребро
Паравертебральна лінія	На рівні остистого відростка Т _{XI}	На рівні остистого відростка Т _{XI}
Екскурсія легенів	5 см	5 см

Аускультация легень: дихання везикулярне, ослаблене в нижніх відділах з обох боків. Вислуховуються вологі, незвучні, дрібнопухирцеві хрипи в нижніх відділах обох легень. Крепітація та шум тертя плеври відсутній. Шум плескоту по Гіппократу, шум падаючої краплі відсутні. Бронхофонія негативна.

Серцево-судинна система

Огляд і пальпація серцевої ділянки. Серцевий горб і систолічне втягнення відсутні. Пульсації сонних та інших артерій, набухання яремних вен відсутні. Верхівковий поштовх куполоподібний, локалізується в п'ятому міжребер'ї на 1,5 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії, збільшеної площини. Систолічне та діастолічне тремтіння не пальпуються

Перкусія серця:

Межі серцевої тупості

Межа	Відносна	Абсолютна
Права	IV міжребір'я справа на 0,5 см назовні від края грудини	IV ребро по лівій парастернальній лінії
Верхня	Нижній край III ребра по лівій парастернальній лінії	Нижній край IV ребра по лівій парастернальній лінії
Ліва	V міжребір'я на 1,5 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії	V міжребір'я на 0,5 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії

Ширина судинного пучка 7 см.

Аускультация серця. Ритм серця правильний. Частота серцевих скорочень 80/хв. I тон не змінений, розщеплення та акцент II тону над a.pulmonalis. Додаткові тони не вислуховуються. Шуми не визначаються. Шум тертя перикарду, плевро-перикардіальний та кардіопульмональний шуми відсутні. Частота пульсу – 80 уд/хв., пульс підвищеного наповнення та напруження. Дефіциту пульсу не реєструється.

Артеріальний тиск на плечовій артерії справа – 160/100 мм рт. ст., на лівій плечовій артерії – 155-95 мм рт.ст.

Органи травлення

Неприємний запах із ротової порожнини відсутній. Колір губів та видимих слизових оболонок блідо-рожевий. Тріщини в вуглах рота, запальне почервоніння, ціаноз, пігментація, облямівка по краю ясен відсутні.

Кількість здорових зубів – 32.

Язик вологий, не обкладений. Сосочки язика не змінені. Зів і глотка звичайного кольору, без патологічного нальоту. Мигдалики не змінені.

Живіт випнутий за рахунок абдомінального ожиріння. Пупок втягнутий. Розширення підшкірних вен, видима перистальтика шлунку і кишок не спостерігаються.

При поверхневій орієнтовній пальпації напруження м'язів черевного преса, болісність не визначаються. Перитоніальний симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Симптом флюктуації негативний.

Глибоку, сковзаючу, методичну, систематичну, топографічну пальпацію кишківника за В.П. Образцовим- М.Д. Стражеском здійснити неможливо через абдомінальне ожиріння.

Нижній край печінки пропальпувати не вдається. Перкуторно розміри печінки по Курлову: по правій серединно- ключичній, передній серединній та вздовж лівого краю реберної дуги складають, відповідно, 9 x 8 x 7 см. Симптом Курвуаз'є, френікус-симптом негативні. Селезінка та нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний. Болісність по ходу сечівників, в надлобковій ділянці не спостерігається.

Результати додаткових обстежень

Лабораторні методи

Загальний аналіз крові

- Еритроцити 4,7 Т/л (4,0—5,1 Т/л)
- Гемоглобін 145г/л (130—160 г/л)
- Кольоровий показник 0,95 (0,85—1,05)
- Тромбоцити 280 Г/л (180—320 Г/л)
- Лейкоцити 7,2 Г/л (4,0—9,0 Г/л)
- ШОЕ 4мм/год (2—10 мм/год)

Загальний аналіз сечі

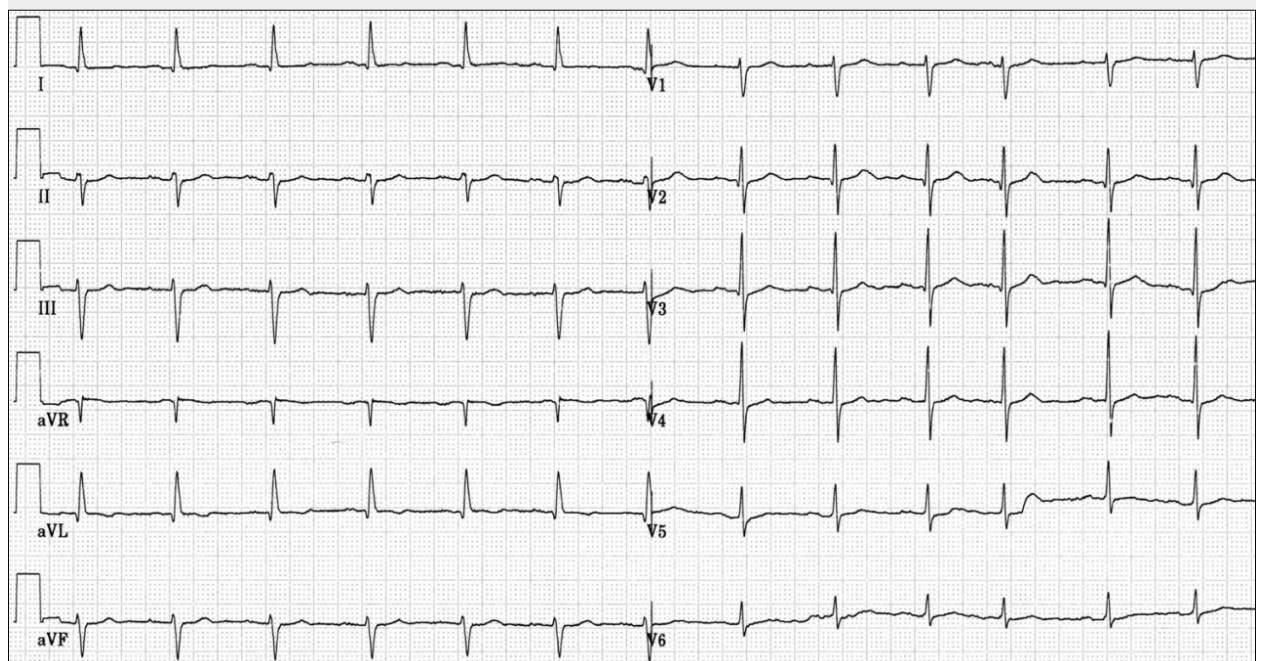
- Кількість 200 мл
- Колір жовтий
- Прозорість прозора
- Білок -----
- Глюкоза -----

Біохімічний аналіз крові

• Білірубін	17,05 ммоль/л	(14,3—19,1 ммоль/л)
• Білок загальний	78,7 г/л	(65—85 г/л)
• АЛТ	0,33 ммоль/(год/л)	(0,1—0,7 ммоль/(год/л))
• АСТ	0,094 ммоль/(год/л)	(0,1—0,5 ммоль/(год/л))
• Калій	4,6 ммоль/л	(3,8—5,2 ммоль/л)
• Натрій	146,6 ммоль/л	(135—150 ммоль/л)
• Глюкоза	4,35 ммоль/л	(3,3 – 5,5 ммоль/л)

Ліпидограма

- Загальний холестерин – 6,8 ммоль/л (< 4,5 ммоль/л)
- Холестерин ліпопротеїдів низької щільності – 4,5 ммоль/л (< 2,5 ммоль/л)
- Холестерин ліпопротеїдів високої щільності – 0,8 ммоль/л (> 1,0 ммоль/л)
- Тригліцериди – 2,8 ммоль/л (< 1,7 ммоль/л)

*Інструментальні методи**Електрокардіографія*

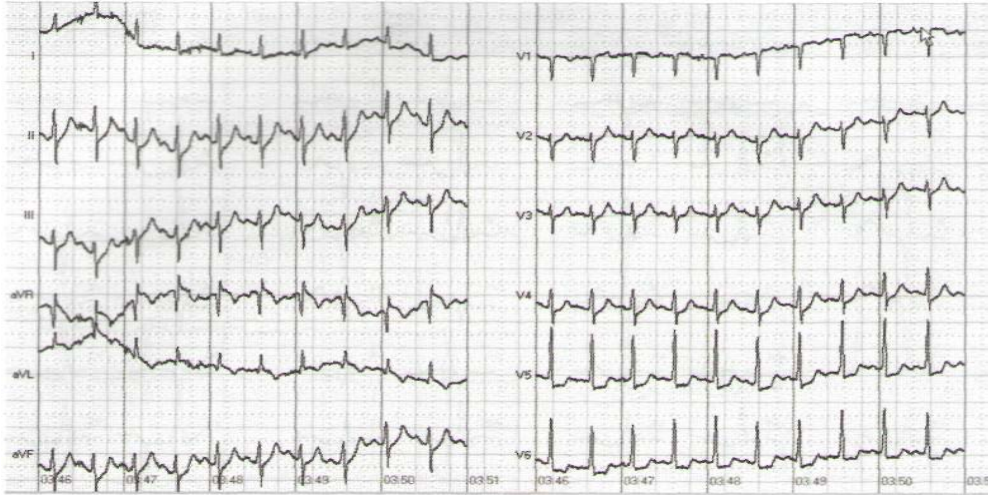
Ритм синусовий, правильний, частота серцевих скорочень 78/хв, вольтаж збережений, електрична вісь серця відхилена різко вліво. Кут альфа дорівнює – 45 градусів.

$P=0,08$, $PQ = 0,12$, $QRS = 0,07$, $QT=0,34$

Зменшення амплітуди зубців Т в V4-V6

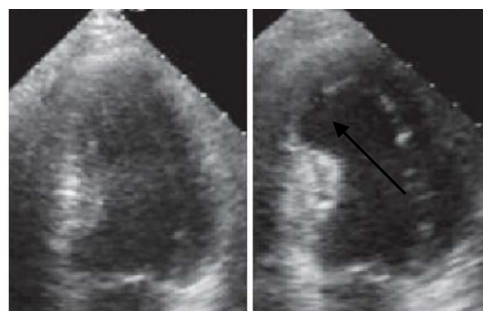
Заключення: блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса

Електрокардіографія із фізичним навантаженням (тредміл- тест)



Заключення: проба позитивна. На фоні навантаження 5,3 METs при ЧСС 120 у хворого розвинувся напад за грудинного болю, що змусив зупинити тест. При цьому на ЕКГ реєструвалася горизонтальна депресія ST у V5 та V6 до 2,1 мм, що тривала протягом 3 хвилин після закінчення тесту. Толерантність до фізичного навантаження середня. Гіпертонічний тип реакції на навантаження. Відновлювальний період тривав 5 хвилин. Порушення ритму та провідності під час проби не індуковано. *Ехокардіоскопія*: помірний атеросклероз аорти. Помірне потовщення міжшлуночкової перетинки. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка II типу із підвищенням кінцево-діастолічного тиску та легеневої гіпертензією (систоличний тиск у легеневій артерії – 52 мм рт.ст.). Систолична функція лівого шлуночка збережена (ФВ=60% за Simpson).

Стрес-ехокардіографія із добутамином.



Заключення: проба позитивна. У спокої порушення локальної скоротливості лівого шлуночка не реєструвалися. Під час введення добутаміну у дозі 40 мкг/кг/мин з'явилася дискінезія апікального перетинкового та гіпокінезія апікального бокового сегментів. У цей час хворий відчув напад болю за грудиною, що змусив прийняти нітрогліцерин.

Селективна коронароангіографія

Заклучення: тип кровопостачання збалансований. Стовбур лівої коронарної артерії не змінений. Стеноз передньої нисхідної артерії 90 %. Огибаюча артерія – не змінена. Права коронарна артерія – стеноз у початковому відділі 30 %.



Заклучний клінічний діагноз

На підставі скарг хворого на стискаючий біль за грудиною, що виникає під час руху до 150 м або підйомі на 3 поверх, а також після прийому надмірної кількості їжі та купується у спокої або після прийому нітрогліцерину; задишку при підйомі на 2-3 поверх.

На підставі анамнезу захворювання – поява нападів за грудинного болю при фізичному навантаженні два роки тому, а через півроку також після прийому їжі. Поступово толерантність до фізичного навантаження знижувалась, з'явилися напади пароксизмальної нічної задишки

На підставі анамнезу життя – наявності таких факторів ризику, як обтяжена спадковість, багаторічний стаж паління, малорухомий спосіб життя, наявність артеріальної гіпертензії

На підставі даних об'єктивного обстеження – наявності ліпоїдної дуги рогівки, абдомінального ожиріння, наявності дрібнопухирцевих незвучних хрипів у нижніх відділах легень, зміщення лівої межі відносної та абсолютної тупості серця назовні від лівої серединно-ключичної лінії, акценту II тону над легеневою артерією, підвищення артеріального тиску

На підставі даних лабораторних методів дослідження – наявності атерогенної дісліпідемії

На підставі даних інструментальних методів дослідження - на ЕКГ наявність блокади передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса;

За даними ЕКГ із навантаженням – поява горизонтальної депресії сегменту ST в V5 та V6 до 2,1 мм;

За даними ехокардіоскопії – атеросклерозу аорти, діастолічної дисфункції лівого шлуночка II типу із підвищеним кінцево-діастолічним тиском та легеневою гіпертензією;

За даними стрес-ехокардіографії із добутаміном – поява порушень локальної скоротливості лівого шлуночка у вигляді дискінезії апікального перетинкового та гіпокінезії апікального бокового сегментів лівого шлуночка;

За даними селективної коронароангіографії: наявність стенозу передньої нисхідної артерії 90 %

Заключний клінічний діагноз: Ішемічна хвороба серця. Коронарний атеросклероз (стеноз передньої нисхідної артерії 90 %). Стабільна стенокардія напруження III ФК. Дифузний кардіосклероз, блокада передньої

гілки лівої ніжки пучка Гіса. Серцева недостатність II А стадії, II ФК за NYHA із збереженою систолічною функцією лівого шлуночка. Гіпертонічна хвороба II стадії, 2 ступеню, група високого ризику.

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Паспортна частина

П.І.Б: Василенко Петро Володимирович

Вік: 61 рік

Стать: чоловіча

Національність: українець

Освіта: середня технічна

Сімейне положення: одружений

Домашня адреса: м. Запоріжжя, вул. Гребельна,, 15, кв. 23

Професія: слюсар

Дата госпіталізації: 23.11.09р.

Дата виписки з клініки: 02.12.09р.

Кількість проведених в стаціонарі днів: 10

Скарги

Скаржиться на нестерпний стискуючий біль за грудиною, що поширюється на руки, а також у міжлопаткову ділянку, що виник під час дороги на роботу та триває вже біля 2-х годин, не полегшується прийомом нітрогліцерину (прийняв 5 таблеток). Біль супроводжується вираженою загальною слабкістю, «мерехтінням мушок» перед очима, сильним відчуттям нестачі повітря, а також відчуттям «булькотіння» у грудях.

Анамнез хвороби

Вважає себе хворим на протязі семи років. Тоді вперше під час роботи у садибі відчув помірний стискаючий біль за грудиною, що змусив хворого перервати роботу. Напад тривав біля 5 хвилин, після чого стан покращився. За допомогою не звертався. Протягом наступних чотирьох років у хворого було кілька десятків подібних нападів, яки виникали під час фізичного навантаження або на фоні емоційного перенапруження. Згодом кількість нападів значно збільшилась. Хворий звернувся до поліклініки, був направлений на стаціонарне лікування до кардіологічного відділення. Там пацієнту був встановлений діагноз «ішемічна хвороба серця, стабільна

стенокардія напруження III ФК». Хворому було призначено базову медикаментозну терапію, після чого стан значно покращився. Проте через півроку хворий перестав вживати будь-які ліки, тому що добре себе почував. Періодично турбували напади за грудинного болю при фізичному навантаженні (швидкій ходьбі, підйомі на 4-й поверх), за яких приймав таблетку нітрогліцерину. Інших медикаментів не вживав. Такий стан тривав біля трьох років.

Сьогодні вранці під час дороги на роботу відчув нестерпний біль за грудиною, що змусив хворого зупинитися та прийняти таблетку нітрогліцерину. Ефект був майже відсутній, інтенсивність болю почала збільшуватися. Хворий відчув різку загальну слабкість, вкрився потом, а також стало турбувати відчуття можливої втрати свідомості. Із великим зусиллям дійшов до аптеки, що була поруч. Там попросив робітників визвати швидку допомогу. Вжив другу таблетку нітрогліцерину, яка не мала ефекту. Через 10 хвилин прибула «швидка допомога», зареєстрована ЕКГ, встановлено діагноз «гострий коронарний синдром із підйомом сегменту ST». Хворому був введений промедол, що значно зменшив інтенсивність болю та дещо покращив стан хворого. Після цього був доставлений до інфарктного відділення 5-ої міської лікарні.

Анамнез життя

Народився у 1948 році у місті Запоріжжя, другою дитиною в сім'ї. Стан здоров'я батьків на момент народження дитини – задовільний. У школі почав навчання з 7 років, учився легко, у розумовому та фізичному розвитку від однолітків не відставав. Після восьми класів школи закінчив професійне технічне училище. З 1968 року до теперішнього часу працює слюсарем на вогнетривному заводі. Робота по змінам, в умовах пилового забруднення. Умови проживання задовільні. У дитинстві зрідка хворів на застудні захворювання. Наявність венеричних захворювань, туберкульозу, вірусного гепатиту заперечує.

Сімейний анамнез: одружився у 1975 році, має трьох дітей.

Палить з 1968 року, стаж курця – 60 пачко-літ. Зловживає алкоголем.

Регулярними фізичними навантаженнями не займається.

Батько хворого помер у віці 65 років від інфаркту міокарда. Мати померла у віці 68 років від ускладнень цукрового діабету, перебувала на інсуліні.

Алергологічний анамнез без особливостей.

Об'єктивне обстеження хворого

Загальний стан хворого важкий.

Положення хворого вимушене – сидячи.

Свідомість ясна. Вираз обличчя страдницький.

Огляд очей – очні щілини симетричні, спостерігається ліпоїдна дуга (arcus senilis).

Зріст 170 см. Вага 100 кг. ІМТ=34,6 кг/м². Окружність талії 119 см.

Гіперстенік. Надмірної вгодованості. Ожиріння II ступеню.

Шкіра бліда, підвищеної вологості. Слизові оболонки – блілого відтінку кольору. Розлади пігментації, крововиливи, рубці, промежини відсутні.

Тургор шкіри збережений. Волосся та нігті без патології.

Підшкірна клітковина розвинута надмірно. Набряків не виявлено.

Лімфатичні вузли не пальпуються.

М'язова система розвинена помірно. Тонус м'язів нормальний. Болю у м'язах при пальпації немає.

Кісткова система – деформації кісток, хребта та болю при пальпації кісток немає.

Суглоби звичайної конфігурації. Активна і пасивна рухливість у суглобах у повному обсязі. Хрускіт та флюктуація не визначаються. Колір шкіри та температура над суглобами не змінені.

Органи дихання

Грудна клітина гіперстенічна, симетрична. Над- та підключичні ямки помірно втягнуті. Міжреберні проміжки не змінені, лопатки не виступають.

Окружність грудної клітини при середньому диханні – 88 см, на вдиху – 92

см, на видиху – 85 см. В акті дихання беруть участь обидві половини грудної клітини. Міжреберні м'язи додатково приймають участь у акті дихання.

Частота дихальних рухів – 28, тип дихання змішаний.

Пальпація грудної клітини: пальпація ребер та міжреберних проміжків безболісна.

Голосове тремтіння над усією поверхністю легень ослаблене.

При порівняльній перкусії легень над всією поверхністю притуплений звук.

Топографічна перкусія легень:

Верхні межі	Справа	Зліва
Спереду	на 2 см вище ключиці	на 2 см вище ключиці
Ззаду	на рівні остистого відростка С _{VII}	на рівні остистого відростка С _{VII}
ширина полів Креніга	5 см	4 см
Нижні межі		
Парастернальна лінія	верхній край VI ребра	-
Серединно-ключична лінія	нижній край VI ребра	-
Передня пахвова лінія	нижній край VII ребра	нижній край VII ребра
Середня пахвова лінія	верхній край VIII ребра	верхній край VIII ребра
Задня пахвова лінія	нижній край VIII ребра	нижній край VIII ребра
Лопаткова лінія	IX ребро	IX ребро
Паравертебральна лінія	На рівні остистого відростка Т _{XI}	На рівні остистого відростка Т _{XI}
Екскурсія легенів	5 см	5 см

Аускультация легень: везикулярне дихання значно ослаблене, над всією поверхністю легень вислуховуються вологі, незвучні, дрібнопухирцеві хрипи. Крепітація та шум тертя плеври відсутній. Шум плескоту по Гіппократу, шум падаючої краплі відсутні. Бронхофонія негативна.

Серцево-судинна система

Огляд і пальпація серцевої ділянки

Серцевий горб і систолічне втягнення відсутні. Пульсації сонних та інших артерій, набухання яремних вен відсутнє. Верхівковий поштовх куполоподібний, локалізується в п'ятому міжребер'ї на 1,5 см назовні від лівої середньоключичної лінії, підвищеної площини. Систолічне та діастолічне тремтіння не пальпуються.

Перкусія серця:

Межі серцевої тупості

Межа	Відносна	Абсолютна
Права	IV міжребір'я справа на 0,5 см назовні від края грудини	IV ребро по лівій парастернальній лінії
Верхня	Нижній край III ребра по лівій парастернальній лінії	Нижній край IV ребра по лівій парастернальній лінії
Ліва	V міжребір'я на 1,5 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії	V міжребір'я на 0,5 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії

Ширина судинного пучка 7 см.

Аускультация серця

Ритм серця правильний. Частота серцевих скорочень 120/хв. I тон значно ослаблений, розщеплення та акцент II тону над а.pulmonalis. Додаткові тони не вислуховуються. Вислуховується систолічний шум над верхівкою, що проводиться у ліву пахвову ділянку. Шум тертя перикарду, плевро-перикардіальний та кардіопульмональний шуми відсутні.

Частота пульсу – 120 уд/хв., пульс зниженого наповнення та напруження.

Дефіциту пульсу не реєструється.

Артеріальний тиск на плечовій артерії справа – 80/50 мм рт. ст., на лівій плечовій артерії – 80-55 мм рт.ст.

Органи травлення

Неприємний запах із ротової порожнини відсутній. Колір губів та видимих слизових оболонок блідо-рожевий. Тріщини у вуглах рота, запальне почервоніння, ціаноз, пігментація, облямівка по краю ясен відсутні. Ротова порожнина санована.

Язик вологий, не обкладений. Сосочки язика не змінені. Зів і глотка звичайного кольору, без патологічного нальоту. Мигдалики не змінені.

Живіт випнутий за рахунок абдомінального ожиріння. Пупок втягнутий. Розширення підшкірних вен, видима перистальтика шлунку і кишок не спостерігаються.

При поверхневій орієнтовній пальпації напруження м'язів черевного преса. Болісність не визначається. Перитоніальний симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Симптом флюктуації негативний.

Глибоку, сковзаючу, методичну, систематичну, топографічну пальпацію кишківника за В.П. Образцовим- М.Д. Стражеском здійснити неможливо за рахунок абдомінального ожиріння.

Нижній край печінки пропальпувати не вдається. Перкуторно розміри печінки по Курлову: по правій середньоключичній, передній серединній та вздовж лівого краю реберної дуги складають, відповідно, 9 x 8 x 7 см. Симптом Курвуаз'є, френікус-симптом негативні. Селезінка та нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний. Болісність по ходу сечівників, в надлобковій ділянці не спостерігається.

Результати додаткових обстежень

Лабораторні методи

11. Загальний аналіз крові

- Еритроцити 4,9 Т/л (4,0—5,1 Т/л)
- Гемоглобін 154г/л (130—160 г/л)
- Кольоровий показник 0,95 (0,85—1,05)
- Тромбоцити 280 Г/л (180—320 Г/л)
- Лейкоцити 7,0 Г/л (4,0—9,0 Г/л)

- ШОЕ 24 мм/год (2—10 мм/год)

12. Загальний аналіз сечі

- Кількість 200 мл
- Колір жовтий
- Прозорість прозора
- Білок -----
- Глюкоза -----

13. Біохімічний аналіз крові

- Білірубін 17,05 ммоль/л (14,3—19,1 ммоль/л)
- Білок загальний 78,7 г/л (65—85 г/л)
- АЛТ 0,33 ммоль/(год/л) (0,1—0,7 ммоль/(год/л))
- АСТ 0,094 ммоль/(год/л) (0,1—0,5 ммоль/(год/л))
- Калій 4,6 ммоль/л (3,8—5,2 ммоль/л)
- Натрій 146,6 ммоль/л (135—150 ммоль/л)
- Глюкоза 6,35 ммоль/л (3,3 – 5,5 ммоль/л)

14. Ліпидограма

- Загальний холестерин – 6,5 ммоль/л (< 4,5 ммоль/л)
- Холестерин ліпопротеїдів низької щільності – 4,3 ммоль/л (< 2,5 ммоль/л)
- Холестерин ліпопротеїдів високої щільності – 0,8 ммоль/л (> 1,0 ммоль/л)
- Тригліцериди – 2,8 ммоль/л (< 1,7 ммоль/л)

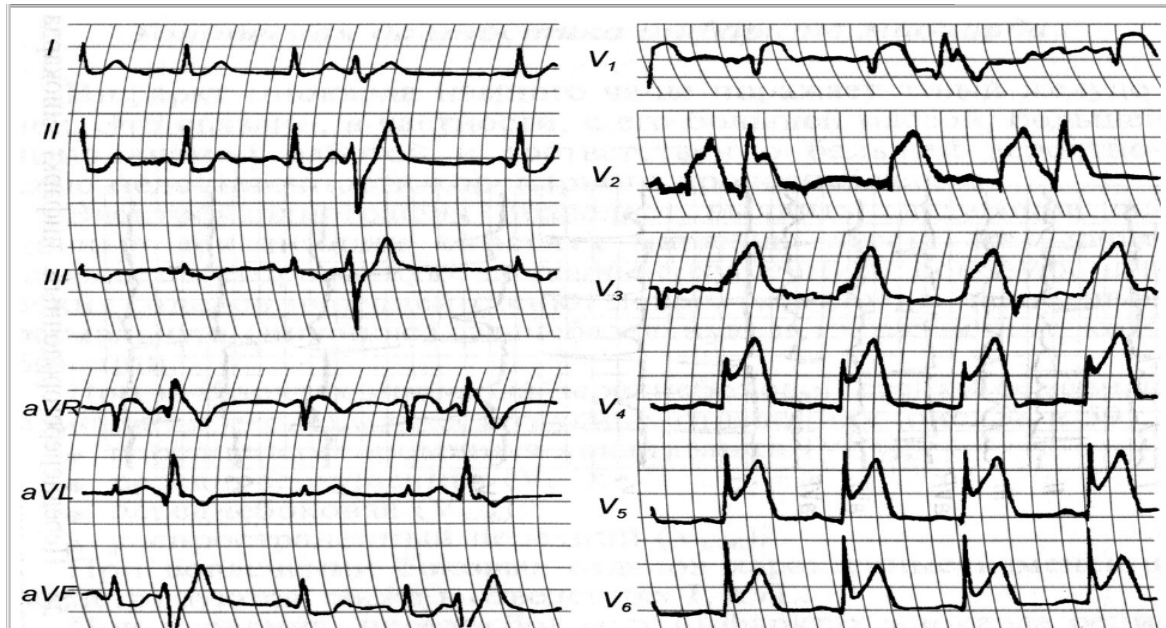
15. Креатинкіназа MB-фракція – 1200 МЕ/л (N<25 МЕ/л)

16. Міоглобін – 342 мкг/л (N<66 мкг/л)

17. Тропонін I – 50,3 нг/мл (N<1 нг/мл)

Інструментальні методи

1. Електрокардіографія



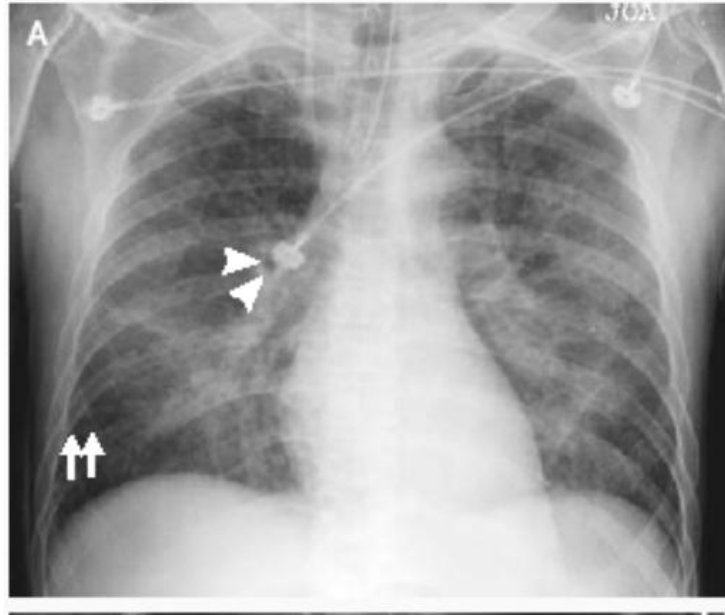
Ритм синусовий, правильний, частота серцевих скорочень 110 /хв, вольтаж збережений, електрична вісь серця не відхилена. Кут альфа дорівнює + 45 градусів.

$P=0,08$, $PQ = 0,12$, $QRS = 0,07$, $QT=0,34$

Реєструється підйом сегменту ST у V1-V6, реципрокна депресія ST у II, III та aVF, одинична шлуночкова екстрасистола.

Заключення: ознаки гострої стадії поширеного переднього інфаркта міокарду.

2. Рентгенографія органів грудної клітини.

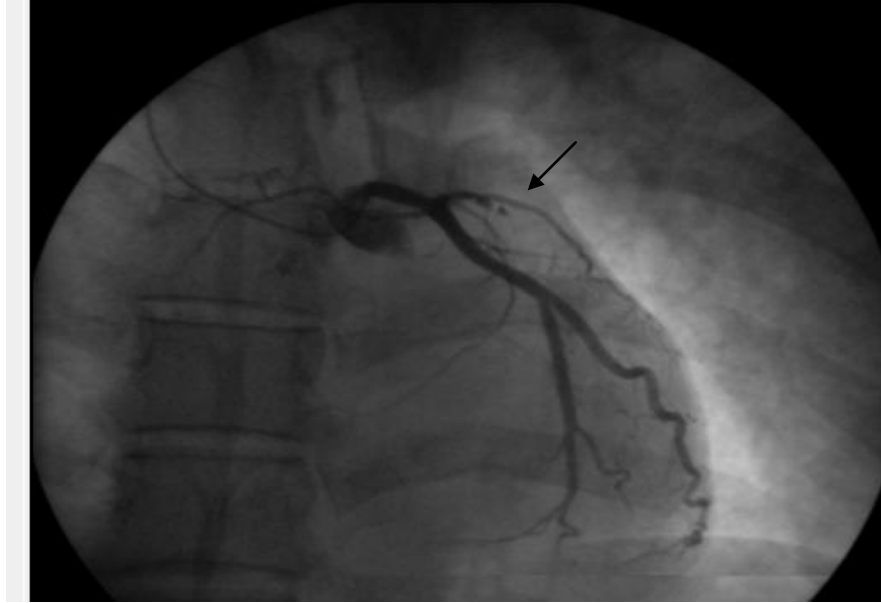


На рентгенограмі у передній проекції на фоні значно зниженої повітряності легень спостерігаються ознаки венозної гіперемії, розширено перибронхіальний простір обох легень (верхні стрілки), спостерігаються септальні лінії Керлі (нижні стрілки).

Заключення: ознаки альвеолярного набряку легень.

3. *Ехокардіоскопія:* помірний атеросклероз аорти. Дилатація лівого шлуночка. Спостерігається акінезія міжшлуночкової перетинки та передньої стінки лівого шлуночка міжшлуночкової перетинки. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка III типу із підвищенням кінцево-діастолічного тиску та легеневої гіпертензією (систоличний тиск у легеневій артерії – 85 мм рт.ст.). Систолична функція лівого шлуночка знижена (ФВ=35 % за Simpson).

4. Селективна коронароангіографія.



Заключення: тип кровопостачання збалансований. Оклюзія передньої нисхідної міжшлуночкової артерії (вказано чорною стрілкою).

Заключний клінічний діагноз

На підставі скарг хворого на нестерпний стискуючий біль за грудиною, що поширюється на руки, а також у міжлопаткову ділянку, тривалістю біля 2-х годин, не полегшується прийомом нітрогліцерину; виражену загальну слабкість, відчуття нестачі повітря, а також «булькотіння» у грудях.

На підставі анамнезу захворювання – поява рідких нападів загрудинного болю при фізичному навантаженні сім років тому, чотири роки тому знаходився на стаціонарному лікуванні з приводу «стабільної стенокардії напруження III ФК»

На підставі анамнезу життя – наявності таких факторів ризику, як обтяжена спадковість, багаторічний стаж паління, зловживання алкоголем, малорухомий спосіб життя, нерегулярний прийом ліків з приводу ішемічної хвороби серця

На підставі даних об'єктивного обстеження – вимушеного положення тіла сидячи, наявності ліпоїдної дуги рогівки, абдомінального ожиріння, притуплення перкуторного звуку над обома легеньми, значно ослабленого везикулярного дихання, наявності дрібнопухирцевих незвучних хрипів над

усією поверхністю легень, зміщення лівої межі відносної та абсолютної тупості серця назовні від лівої серединно-ключичної лінії, значно ослабленого I тону та акценту II тону над легеневою артерією, систолічного шуму над верхівкою, що поширюється у ліву пахвову ділянку, тахікардії, зниження наповнення та напруження пульсу, артеріальній гіпотензії

На підставі даних лабораторних методів дослідження – підвищеного рівня маркерів пошкодження міокарду – КФК –МВ фракції, міоглобіну та тропоніну, наявності атерогенної дісліпідемії, прискореного ШОЕ, підвищеної глікемії

На підставі даних інструментальних методів дослідження - на ЕКГ - ознаки гострої стадії поширеного переднього інфаркту міокарду

За даними рентгенографії органів грудної порожнини – наявності ознак альвеолярного набряку легень;

За даними ехокардіоскопії – акінезії міжшлуночкової перетинки та передньої стінки лівого шлуночка, дилатації лівого шлуночка, зниження систолічної функції ЛШ (ФВ = 35% за Simpson), діастолічної дисфункції III типу та вираженої легеневої гіпертензії;

За даними селективної коронароангіографії - наявності оклюзії передньої нисхідної артерії.

Заключний діагноз: Ішемічна хвороба серця: гострий поширений передній Q-інфаркт міокарда (23.11.2009). Гостра серцева недостатність (Killip IV ст.). Кардіогенний шок.

Літературні джерела

1. Огороков А.Н. Диагностика внутренних органов в 8 томах.
 - Т. 6 Диагностика болезней сердца и сосудов. М.: Мед. лит., 2002
 - Т. 7 Диагностика болезней сердца и сосудов. М.: Мед. лит., 2003
 - Т. 8 Диагностика болезней сердца и сосудов. М.: Мед. лит., 2004