

**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕР-
СИТЕТ им. И.М. СЕЧЕНОВА**

Министерства здравоохранения Российской Федерации
УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1
Клинического центра

ул.Б. Пироговская, д.6, стр.1, г.москва, 119991.

тел. ординаторской 8(499)248-10-04

тел. регистратуры 8(499)248-62-66

Выписка из истории болезни 3 637/2017.

Генералова Мария Анатольевна, находилась на лечении в ЛОР №1 с 23.01.2017 по 25.01.2017 и в кардиологическом отделении № 1 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова с 25.01.2017 г. по 08.02.2017 г. с диагнозом:

Клинический диагноз:

Основной: Постмиокардитический кардиосклероз.

Осложнение основного: Нарушения ритма сердца: мономорфная желудочковая экстрасистолия по типу аллоритмии.

Сопутствующие заболевания: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: ГПОД, эрозивный эзофагит. Дисформия желчного пузыря. Двухсторонний хронический верхнечелюстной синусит, инородное тело правой верхнечелюстной пазухи.

Больная переведена в отделение ГТК кардиологии №1 из отделения ЛОР болезней, где находилась для планового вмешательства по поводу двухстороннего хронического верхнечелюстного синусита, инородного тела правой верхнечелюстной пазухи, где планировалось хирургическое лечение. При вводе в наркоз появились желудочковые нарушения ритма. Пациентке была отменена оперативное вмешательство. Больная консультирована кардиологом.

Больная предъявляет **жалобы на:** эпизоды учащенного сердцебиения.

Из анамнеза заболевания известно, что приступы сердцебиения беспокоят в течение 1,5 лет, появились после ОРВИ с длительным периодом слабости (около 1,5 месяцев). При ХМ от 28.02.2015 выявлено 8097 желудочковых экстрасистол двух морфологий, 4105 днем и 3992 ночью, по типу бигемии 4074, по типу тригемии 950. На представленных ЭКГ зарегистрированы желудочковые экстрасистолы по типу аллоритмии преимущественно из правого желудочка. Для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения больная переведена в кардиологическое отделение.

При осмотре: Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы розовые, умеренной влажности. Рост 180 см, вес 95 кг. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 15 в мин. Тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 72 уд. в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови 27.01.17: гемоглобин 139 г/л, эритроциты 4,93 млн, цв.п. 0,84, тромбоциты 222 тыс, лейкоциты 8,4 тыс. (нейтр. 53,7%, лимф. 37,3%, мон. 4,9%, эоз. 2,2%, баз. 0,5%), СОЭ 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови 27.01.17: общий белок 65,3 г/л (57-82), альбумин 40,6 г/л (32-48), глюкоза 5,5 ммоль/л (4,1-5,9), креатинин 0,89 мг/дл (0,5-1,3), мочевиная кислота 364 мкмоль/л (150-420), билирубин общий 8,1 мкмоль/л (3-21), натрий 140 ммоль/л (132-150), калий 4,6 ммоль/л (3,5-5,5), АСТ 19 ед/л (0-34), АЛТ 33 ед/л (10-49), КФК общ 35 ед/л (0-190), ГГТ 26 ед/л (0-73), щелочная фосфатаза 130 ед/л (70-360).

Липидный спектр 27.01.17: триглицериды 3,67 ммоль/л (0,41-1,7), общ. холестерин 4,31 ммоль/л (3,2-5,6), ЛПВП-хс 1,30 ммоль/л (>1,56), ЛПОНП 1,67 ммоль/л (0,19-0,77), ЛПНП 1,34 ммоль/л (<4,2), КА 2,32.

Коагулограмма 27.01.17: фибриноген 4,54 г/л (1,8-4,0).

Иммунологическое исследование: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный 0,550 мг/дл (0-0,8), антитела класса М к кардиолипину 1,19 МЕ/мл (0-7), антитела класса G к кардиолипину 1,63 МЕ/мл (0-10). Антитела к антигенам ядер кардиомиоцитов – нет, антитела к антигенам эндотелия 1:80 (титр АТ до 1:40), антитела к антигенам кардиомиоцитов 1:40 (титр до 1:40), антитела к антигенам гладкой мускулатуры 1:40 (титр АТ до 1:40), антитела к антигенам волокон проводящей системы 1:320 (титр АТ 1:40).

Общий анализ мочи 20.01.17: цвет-желтый, pH 5,0, уд. вес 1020, прозрачность неполная, белок нет, глюкозы нет, кетоны отр.; уробилиноген – норма. Микроскопия осадка: эпителиальные клетки переходные – немного, лейкоциты – 2-5 в п/зр, эритроциты неизмен. – 30-40 в п/зр, эритроциты измен. 8-12 п/зр, слизь – много, бактерий немного.

ЭКГ 25.01.17: ритм синусовый с ЧСС 73-75 в мин. Вставочная желудочковая экстрасистолия. Нормальное положение ЭОС. При сравнении с ЭКГ от 17.08.16 не регистрируется аллоритмия (бигеминия), по ST без динамики.

ЭКГ 27.01.17: ритм синусовый с ЧСС 56-62 в мин. Частая желудочковая экстрасистолия монотипная по типу бигеминии (по типу блокады ЛНПГ). Нормальное положение ЭОС. При сравнении с ЭКГ от 25.01.17 регистрируется аллоритмия, по ST-T без динамики.

ЭКГ 30.01.17 (лежа): ритм синусовый с ЧСС 62-73 в мин. Частая монотипная ЖЭС по типу бигеминии. В положении стоя учащение ритма до 94-96 в мин (тахикардия), ЖЭС не регистрируется. Частотозависимый характер? PQ=0,11-ускоренное. АВ-проводимость.

ЭКГ 30.01.17 (стоя): ритм синусовый с ЧСС 62-73 в мин. ЖЭС нет.

ЭКГ 03.02.17: ритм синусовый с ЧСС 55-58 в мин. Брадикардия. При сравнении с ЭКГ от 2.02.17-единичная вставочная ЖЭС (уменьшение количества ЖЭС). В остальном без динамики.

ЭКГ 08.02.17: ритм синусовый с ЧСС 60 в мин. Брадикардия. При сравнении с ЭКГ от 3.02.17-единичная вставочная ЖЭС.

ЭХО-КГ 26.01.17: Полость левого желудочка: Dd 4,7 (до 5,5 см); KDO 99 мл; KSO 38 мл (по Simpson). Толщина стенок ЛЖ: МЖП 0,9 (до 1 см); ЗС 1,1 (до 1,1 см). Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена ФИ=62% (N от 55%). Нарушение локальной сократимости: нет. Диастолическая функция снижена: E/A=1,52. Полость правого желудочка: 2,5 см (N до 2,6 см) толщина свободной стенки ПЖ: 0,3 (N до 0,5 см), характер движения стенок: не изменен. Левое предсердие: 57 мл. Правое предсердие: 50 мл. (По Simpson). Межпредсердная перегородка: без особенностей. Нижняя полая вена: коллабирует после глубокого вдоха более, чем на 50%. Митральный клапан: не изменен, Rmax=3,3 мм рт. ст., митральная регургитация – нет. Аортальный клапан: не изменен, Rmax=5,7 мм рт. ст., аортальная регургитация – нет. Трикуспидальный клапан: не изменен, трикуспидальная регургитация – нет. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, легочная регургитация: нет. Диаметр корня аорты: 3,0 см. Стенки аорты не изменены. Наличие жидкости в полости перикарда: нет. **Заключение:** ЭХОКГ-параметры в пределах нормы.

Рентгенологическое обследование пищевода: Пищевод свободно проходит, не изменен. Отмечается недостаточность кардии. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы в положении лежа не определяется. Желудок вертикально расположен, натощак содержит жидкость. Газовый пузырь желудка прозрачный, угол ровный. Складки слизистой извитые, обычного калибра. Перистальтика глубокая, симметричная. Привратник проходим. Эвакуация из желудка своевременная. Луковица и петля двенадцатиперстной кишки рентгенологически не изменены. **Заключение:** рентгенологическая картина недостаточности кардии. Косвенные признаки гастрита.

Суточное мониторирование ЭКГ 25.02.17: За время мониторирования (24 часа) регистрируется синусовый ритм с частотой днем 71-143 в мин., ЧСС ср. дн.-87 в мин, ЧСС ночью 49-79 в мин, ЧСС ноч.-108 в мин, ЧСС ср. сут.-83 в мин. НЖЭС 15, макс/ч-8, все изолированные. ЖЭС – 26587, макс/ч-2278, в том числе 4 куплета, остальные одиночные, 1 морфологии, наблюдается аллоритмия-551 эпизодов бигеминии и 640 тригеминии, смешанный тип распределения. Достоверной динамики конечной части желудочкового комплекса по 1 и 2 мониторным отведениям не выявлено. Пауз ритма от 2 сек.

УЗИ брюшной полости, почек и щитовидной железы 26.01.17: В брюшной полости свободной жидкости не выявлено. Печень обычно расположена, в передне-заднем размере не увеличена, левая доля 74 мм, правая доля 140 мм, хвостатая доля 25 мм, контуры ровные, паренхима диффузная, изменена по типу умеренно выраженного гепатоза, сосудистый рисунок не изменен. Внутривенные желчные протоки и сосуды не расширены. Портальная вена 9 мм, нижняя полая вена 12 мм. Желчный пузырь в поперечнике до 28 мм, в шейке перегиб, стенки тонкие, со-

держимое гомогенное, гепатико-холедох не расширен. Поджелудочная железа не увеличена- 25x14x21 мм, контуры ровные, паренхима диффузна, умеренно повышенной эхогенности. Селезеночная вена до 5 мм. Селезенка размерами 115x45мм, обычной структуры и эхогенности. Забрюшинные лимфоузлы не изменены. Почки обычно расположены, размерами 117x57 мм, толщина паренхимы до 20мм, ЧЛС не расширены, данных за наличие патологических образований на момент осмотра не получено, васкуляризация при ЦДК до корковых отделов. Щитовидная железа обычно расположена, контуры ровные, четкие. Правая доля- 51x18x16 мм, левая доля- 50x17x18мм, толщина перешейка 3 мм. Объем железы 15,5см3(норма до 17 мм3). Паренхима средней степени эхогенности, однородной структуры, узловых образований не выявлено, васкуляризация ткани в целом не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Линейные и спектральные характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены. Заключение: УЗ признаки дисформии желчного пузыря, диффузных изменений печени и поджелудочной железы.

МРТ сердца: (протокол исследования на руках). Заключение: МР-признаки ВОПЖ, изменений миокарда МЖП и ПЖ неишемического генеза, участков гипо-дискинеза передней стенки ПЖ в области верхушки.

Больная была переведена из клиники ЛОР болезней по поводу желудочковых нарушений ритма по типу аллоритмии. В ходе обследования выявлена мономорфная желудочковая экстрасистолия до 26 тысяч за сутки. Учитывая данные анамнеза и обследования наиболее вероятным представляется перенесенный миокардит, выполнено МРТ сердца с контрастированием. По результатам МРТ выявлено неишемические участки поражения правого желудочка и МЖП, что укладывается в картину постмиокардитического кардиосклероза. Учитывая признаки поражения перикарда, нельзя исключить ранее перенесенный эндокардит. Антитела к антигенам ядер кардиомиоцитов – нет, антитела к антигенам эндотелия 1:80 (титр АТ до 1:40), и антитела к антигенам волокон проводящей системы 1:320(титр АТ 1:40). Данных за острый процесс не получено рекомендовано провести вирусологическое исследование, после чего консультация иммунолога, вирусолога, после чего решить вопрос о необходимости противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии. Учитывая преимущественное поражение правого желудочка и характер нарушения ритма показано проведение МРТ сердца с функцией подавления жира. Учитывая вклад экстракардиальных факторов в генезе нарушений ритма (ГЭРБ, грыжа ПОД), рекомендовано частое дробное питание, приём пищи малыми порциями, не принимать горизонтальное положение после еды, контрольное ЭГДС через 1 месяц. Начата терапия гастропротекторами и прокинетики.

Повторный монитор ЭКГ через 2-3 недели, для оценки эффективности терапии.

В плановом порядке дообследование, лечение в ЛОР отделение (санация очагов хронической инфекции)

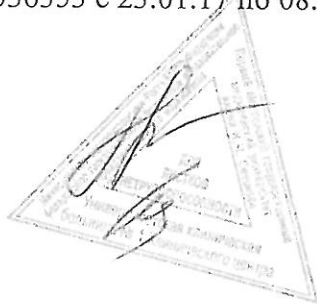
Продолжить постоянный приём:

1. сотагексал 40 мг утром, 20 мг вечером под контролем ЧСС
2. Магнерот по схеме
3. ультоп 20 мг н/н в течение 1 месяца
4. Мотилиум 1 т за 30 мин до еды

Выдан больничный лист № 236799536353 с 23.01.17 по 08.02.17
09.02.17 приступить к работе.

Леч. врач

Зав. отд. к.м.н.



Привалова Е.А.

Найманн Ю.И.