

ID: 2018-08-8-A-18600

Клинический случай

Аристанова Л.С., Шувалов С.Д., Эфендиева Э.С.

Клинический случай дилатационной кардиомиопатии

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской терапии лечебного факультета

Научный руководитель: к.м.н. Майсова Е.А.

Резюме

Ввиду того, что кардиомиопатии остаются относительно малоизученным аспектом современной кардиологии, следует более детально изучать данное заболевание.

Ключевые слова: кардиомиопатия**Актуальность**

Кардиомиопатии (КМП) остаются относительно малоизученным аспектом современной кардиологии, относятся к тяжело протекающим заболеваниям сердца и служат одной из основных причин развития хронической сердечной недостаточности, инвалидизации и смертности. К счастью, эти заболевания большая редкость.

Цель: выявить особенности представления клинического случая пациентки 57 лет, страдающей дилатационной кардиомиопатией.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки с окончательным диагнозом: Дилатационная кардиомиопатия.

Описание клинического случая

Пациентка Л. 57 лет поступила в терапевтическое отделение ГКБ №6 им. В.Н. Кошелева 10 марта 2018 года с жалобами на головокружение, слабость, инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке, отеки на ногах, увеличение живота. Из анамнеза известно, что ранее наблюдалась по поводу ишемической болезни сердца (ИБС), но регулярного лечения не получала. 26 февраля без видимой причины состояние ухудшилось: отметила нарастание одышки, увеличение в размерах живота. Симптомы не нарастали, продолжала вести привычный образ жизни. К вечеру 10 марта отметила резкое ухудшение общего состояния в виде слабости, одышки, отеков на ногах и увеличения живота, была доставлена в стационар по линии скорой медицинской помощи (СМП) с предварительным диагнозом хроническая сердечная недостаточность, асцит.

При поступлении состояние расценено как средне-тяжелое, сознание ясное, кожные покровы умеренно бледные, акроцианоз, отеки на голенях и стопах. Частота дыхательных движений 22 в 1 минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие. Систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область. АД 110 и 80 мм.рт.ст. Частота сердечных сокращений 60 в 1 минуту. Пульс 60 в 1 минуту. Симптом Плеша положительный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, определяется свободная жидкость в брюшной полости. Печень пальпаторно увеличена (+ 4-5 см ниже края реберной дуги), плотная, край закругленный. По другим органам – без особенностей. Проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: на электрокардиограмме синусовый ритм, частота сердечных сокращений 60 в 1 минуту, отклонение электрической оси сердца вправо, признаки гипертрофии миокарда правого желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, метаболические изменения по зубцу Т. На рентгенографии легких выявляются признаки застойных явлений по малому кругу кровообращения, кардиомегалия. При доплероэхокардиографии: умеренно выраженные дегенеративные изменения аорты и ее клапанов, выраженная митральная (III степени) и трикуспидальная регургитация (IV степени); выраженная дилатация левого и правого предсердий (атриомегалия); движение межжелудочковой перегородки не синхронны с другими участками миокарда из-за высокого давления в полости правого желудочка; умеренная дилатация правого желудочка; нарушение диастолической функции левого желудочка по псевдонормальному типу; легочная гипертензия высокой степени выраженности (III степени); признаки декомпенсации кровообращения по большому кругу. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявило: признаки «застойной печени». По другим органам и результатам анализов – без особенностей. В динамике на фоне комплексной терапии (β-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона, статины, сердечные гликозиды), в течение нескольких дней отмечено улучшение в виде уменьшения проявлений сердечной недостаточности.

Заключение

Таким образом, у нашей пациентки имеет место развернутая клиника дилатационной кардиомиопатии, возникшей без предшествующих инфекционных заболеваний и воспаления миокарда. Отсюда следует, что больные, страдающие ИБС, должны быть подвергнуты тщательному наблюдению. Данный клинический случай успешно купирован с последующей стабилизацией состояния больной.

Литература

1. Джанашия П.Х. Кардиомиопатии и миокардиты. — М., 2000. — 128 с
2. Кузнецов Г.П. Кардиомиопатии. — Самара, 2005. — 138 с.
3. Кушаковский М.С. Хроническая застойная сердечная недостаточность. Идиопатические кардиомиопатии. — СПб., 1997. — 320 с
4. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр)// Журнал Сердечная Недостаточность. — 2007. — Т. 8, № 1 (39). — С. 4 – 41.
5. Шапошник И.И. Диспансеризация больных кардиомиопатиями. — Челябинск, 1993. — 22 с.