**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

Ф.И.О.: x

Возраст: 66 лет

Пол: женский

Национальность: русская

Образование: высшее педагогическое

Социальый статус: пенсионерка

Доманий адрес: г. Новосибирск

Дата поступления в клинику: 18.11.98 года

Дианоз при поступлении: ИБС, острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка

**ЖАЛОБЫ**

На момент поступления основные жалобы на: интенсивные боли сжимающего характера (возникновение которых больная связывает с полученным стрессом на родительском собрании), иррадиирующие в нижнюю челюсть, шею, левую руку и лопатку, а также имеющие опоясывающий характер по уровню желудка, локализующиеся за грудиной и в области сердца. Боли продолжались более 4,5 часов, сопровождались тошнотой, холодным потом, общей слабостью и чувством страха. Боли ничем не купировала.

На момент обследования состояние значительно улучшилось. Ангинозные боли не рецидивировали. Жалуется на общую слабость.

**ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больной с марта 1998 года, кода впервые появились тупые сжимающие загрудинные боли. При этом больная принимала валокордин и вынужденное положение для купирования болей (становилась лицом к стене, поднимала руки выше головы и упиралась в стену). Эти боли появлялись всвязи с повышенной психо-эмоциональной нагрузкой, а также на высоте большой физической нагрузки (колка, пилка дров, подъем на 3 этаж, ходьба более 500 м), сопровождались одышкой, тахикардией, которые могли появляться без сжимающих болей.

16 сентября 1998 года появились интенсивные беспричинные боли сжимающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть, шею, левую руку и лопатку, а также имеющие опоясывающий характер по уровню желудка, локализующиеся за грудиной и в области сердца. Врач вызванной скорой помощи на ЭКГ не обнаружил характерных для инфаркта миокарда изменений. На следующий день состояние улучшилось.

18 сентября 1998 года в 9.00 утра появились те же интенсивные боли сжимающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть, шею, левую руку и лопатку, а также имеющие опоясывающий характер по уровню желудка, локализующиеся за грудиной и в области сердца, продолжающиеся более 4,5 часов и самостоятельно не проходили. Больная перенесла приступ “на ногах”. Врач вызванной в 9.30 скорой помощщи, по ЭКГ диагностировал острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. В связи с поставленным диагнозом больная была госпитализирована в реанимационной отделение МКБ №1.

**ANAMNESIS VITAE**

Младенчество: родилась в срок 21.04.32 года. В семье была последним (пятым) ребенком. вскармливалась грудью матери. Начала ходить в одинадцатимесячном возрасте, говорит - в полуторогодичном.

Детство и школьные годы: условия быта оцениваа как хорошие, питание адекватное. В учебе и развитии не отставала от сверстников.

Профессиональный анамнез: окончила педагогический институт в 1956 году. с 1957 года работала по полученной специальности - учитель физики в средней общеобразовательной школе №9. Профессиональные вредности: систематические психо-эмоциональные перегрузки. Выходные дни проводит в кругу семьи, летний отпуск - на дачном участке.

Вредные привычки: курение, употребление наркотиков, злоупотребление спитными напитками отрицает.

Перенесенные заболевания и травмы: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. Апендэктомия в 1961 году. Два аборта, два выкидыша.

Эпидемиологический анамнез: за границу не ездила. Контакта с инфекционными больными не было.

 Аллергии: нет.

Семейно-половой анамнез: замужем с 25 лет. Была замужем два раза. имеет взрослых дочь и сына. Начало менструаций с 14 лет, цикличность не нарушена. Два аборта, два выкидыша после рождения первого ребенка. менопауза протекала спокойно.

Наследственность:

ИМ - инфаркт миокарда

Су - суицид

РАК - раковая опухоль

Инс - нисульт

СД - сахарный диабет

1. Новожилов Алексей Павлович - умер в возрасте 48 лет от воспаления легких.

2. Новожилова Мария Илларионовна - умерла от инфаркта миокарда в возрасте 71 года.

3. Новожилова Валентина Алексеевна - родилась парализованная, центральная параплегия, в возрасте 58 лет - суицид.

4. Новожилова Лидия Алексеевна - умерла в возрасте 68 лет от рака желудка.

5. Новожилова Татьяна Алексеевна - умерла в возрасте 71 года от инсульта.

6. Новожилова Галина Алексеевна - 1929 года рождения.

7. Лешко Евгений Георгиевич - первый муж, умер в возрасте 28 лет от инсульта.

8. Ржевцева Мария Алексеевна - 1932 года рождения. ИБС, острый крупноочаговый нижне-боковой инфаркт миокарда.

9. Ржевцев Олег Алексеевич - 1936 года рождения. страдает сахарным диабетом.

10. Колчева Нталья Евгеньевна - 1959 года рождения.

11. Ржевцев Владимир Олегович - 1972 года рождения.

 **STATUS PRAESENS COMMUNIS**

**ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО**

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица живое. Телосложение гиперстеническое: эпигастральный угол больше 90o. Рост 160 см, вес 75 кг. Окружность грудной клетки 92 см.

Индекс Кетле = вec/pост(м2) = 75/2,56  29,3 (избыточная масса тела: N = 23-25)

Индекс Пиньо = рост-(окружность груди+вес) = |160-(110+75)| = 25 (телосложение не пропорциональное, т.к. N<20)

Индекс Бушара = вec\*100/рост = 7500/160 = 46,875 (избыточная масса тела, т.к. N=37-40)

Индекс Бругша = окружность груди\*100/pост = 11000/160 = 68, 75

Кожные покровы телесного цвета, эластичные, тургор кожи не снижен, умеренно влажные. Кровоизлияний, расчесов, рубцов, “сосудистых звездочек”, ангиом нет.

Оволосение умеренное, по женскому типу. Ногти обычной формы и цвета, неломкие, немутные, гладкие, прозрачные.

Сыпи нет.

Наружных опухолей нет.

Слизистая оболочка рта ярко розового цвета, влажная, патологических образований и высыпаний нет. Десна ярко розового цвета. Не кровоточат, не воспалены.

Развитие подкожной жировой клетчатки чрезмерное. Толщина кожной складки в области трехглавой мышцы плеча 3 см.

Отеков нет.

Подкожные вены малозаметны, подкожных опухолей, жировиков нет.

Лимфатические узлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые) не пальпируются, в месте проекции болезненности нет.

Развитие мышечной системы умеренное. При пальпации мышцы безболезненные. Сила мышц в кисти, бедрах, голени умеренная, симметричная. тонус мышц удовлетворительный. Дрожания нет.

Деформации и искривления костей нет. Деформаций, дефигураций, изменения кожи над суставами нет. Кожная температура над суставами не изменена. Походка нормальная. Простейшие бытовые действия руками (умыться, причесаться, застегивать пуговицы, писать) выполняет. Болезненности при активных и пассивных движениях нет. Подвижность во всех отделах позвоночника не ограничена. Симптомы “подбородок-грудина”, Шабера, Томайера, Отта, Фаристье отрицательные. Сгибание туловища вперед в положении сидя не ограничено. При пальпации болезненности нет. Объем движений выполняется.

*Вид и объем активных движений суставов конечностей (в градусах)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Сустав** | **Сгиба-ние** | **Разги-бание** | **Другие виды** **движения** |
| ***1 палец кисти*** |  |  |  |
| межфаланговый | 85 | 0 |  |
| пястно-фаланговый | 50 | 0 |  |
| запястно-пястный | - | - | отведение 70  |
| ***2-5 палец кисти*** |  |  |  |
| дистальный межфаланг. | 50 | 0 |  |
| проксимальный межф. | 105 | 0 |  |
| пястно-фаланговый | 90 | 0 |  |
| Лучезапястный | 85 | 70 | отведение в локтев. 55, приведение в лучев. 35 |
| Локтевой | 160 | 0 | супинация и пронация по 90 |
| Плечелопаточный | - | - | ротация внутрь и наружу по 90, отведение 90 |
| Плечевой пояс | 180  | 0 | отведение 180 |
| Тазобедренный (в положении на спине) | 120 | 0 | отведение 45, приведение 25 |
| Коленный | 140 | 0 |  |
| Голеностопный | 20 | 45 |  |
| Подтаранный | - | - | приведение 30, супинация 20 |
| ***1 палец стопы*** |  |  |  |
| межфаланговый | 50 | 0 |  |
| плюсне-фаланговый | 35 | 80 |  |
| ***2-5 палец стопы*** |  |  |  |
| дистальный межфаланг. | 40 | 30 |  |
| проксимальн. Межфал. | 50 | 0 |  |
| Плюснефалговый | 40 в сумме | - |  |

На момент осмотра температура тела 36,8 С0 , лихорадки нет.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Нос имеет нормальную форму. Деформации мягких тканей, покраснения и изъязвления у наружного края ноздрей, герпитической сыпи нет. Состояние слизистой носа удовлетворительное. гортань нормальной формы. Припухлостей нет. При пальпации безболезненная. Форма грудной клетки правильная, симметричная, гиперстеническая. Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная - 3см. Тип дыхания грудной. Частота дыхательных движений 18/мин. Ритм дыхания правильный. Дистанционных хрипов, шумов и одышки нет.

При пальпации грудной клетки по ходу межреберных нервов, мышц и ребер болезненности нет. Целостность грудной клетки не нарушена, ригидность сохранена. Голосовое дрожание не изменено.

При сравнительной перкуссии над всей проекцией легких слышен ясный легочный звук. Гамма звучности не изменена.

**Топографическая перкуссия**

|  |
| --- |
| **Нижняя граница:** |
| *линии* | *правое легкое* | *левое легкое* |
| парастернальная | V межреберье | - |
| медиоклавикулярная | VI ребро | - |
| передняя аксилярная | VII ребро | VII ребро |
| средняя аксилярная | VIII ребро | VIII ребро |
| задняя аксилярная | IX ребро | IX ребро |
| лопаточная | X ребро | X ребро |
| паравертебральная | на уровне остистого | отростка XI гр. позв. |

**Верхняя граница:**

Высота стояния верхушки легкого спереди справа и слева 4 см, сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига справа и слева 6 см.

|  |
| --- |
| **Подвижность нижних краев легких:** |
| *линии* | *правое легкое* | *левое легкое* |
| медиоклавикулярная | +2,5 -2,5 | - |
| средняя аксилярная | +1 -2 | +1 -2 |
| лопаточная | +1,5 -1 | +2,5 -1 |

При аускультации выслушивается неизмененное везикулярное дыхание. Крепитации, побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена над всей поверхностью легких.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

При осмотре деформаций в прекардиальной области нет. Пульсаций не видно.

При пальпации верхушечный толчек в V межреберье на 1 см кнаружи от левой медиоклавикулярной линии, разлитой, высота 0,5 см, резистентный, несильный. Сердечного толчка нет. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный. Аортальной пульсации и пульсации легочной артерии нет.

 При перкуссии границы:

 *относительной сердечной тупости*:

*верхняя* - в III межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

*правая* - в IV межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины;

*левая* - в V межреберье на 1 см кнаружи от медиоклавикулярной линии;

 *абсолютной сердечной тупости*:

*верхняя* - в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

*правая* - в IV межреберье по правому краю грудины;

*левая* - в V межреберье на 1 см кнаружи от медиоклавикулярной линии;

Ширина сосудистого пучка 6 см. Размеры сердца по Курлову: длинник 16 см (N = 13 см) поперечник 13 см (N = 12 см).

При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке не изменен. Акцент II тона на легочной артерии. Акцент II тона на аорте. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, шумов нет.

Пульс на левой руке симметричен пульсу на правой руке, равномерный. Хорошего наполнения и напряжения. На руках 95 в минуту. На ногах 94 в минуту. Частота сердечных сокращений стоя 95, лежа 92 ударов в минуту. Артериальное давление стоя - 120/80 мм рт.ст. Лежа - 110/60 мм рт.ст.

Ортостатический индекс = 120\*80\*92/110\*60\*95 = 1,41 - преобладание парасимпатической регуляции.

Артериальное давление на правой руке:

AD стоя - 120/80 мм рт.ст.

AD лежа - 110/70 мм рт.ст.

Артериальное давление на левой руке:

AD стоя - 120/80 мм рт.ст.

AD лежа - 110/70 мм рт.ст.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Губы*.* Углы губ симметричны, губы розовой окраски. Герпитической сыпи и трещин нет. Сухости нет. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ и щек ярко-розового цвета.

Полость рта. Запаха из полости рта нет. Афт, пигментаций, пятен Бельского-Филатова-Коплика, кровоизлияний нет. Слизистая полости рта и твердого неба розовая, влажная. Высыпаний нет.

Десны розовой окраски, не гиперемированы, не кровоточивы, не разрыхлены.

Зубы не шатаются, кариеса нет.

|  |  |
| --- | --- |
| 0 0 0 5к 4к 3к 2к 1к  | 1 2к 3к 4к 5к 6к 0 0 |
| 0 0 0 5к 4к 3к 2 1 | 1к 2 3 4к 5к 6к 0 0 |

к - коронка

Язык розовый, влажный, необложеный, сосочковый слой хорошо выражен; отпечатков зубов, трещин, прикусов, язвочек нет.

Слизистая зева розового цвета, без высыпаний и налетов.

Миндалины нормальных размеров, задняя стенка зева ровная, без гиперплазии лимфатических узлов. Припухлости, налета, гнойных пробок нет.

Глотка имеет нормальный цвет слизистой, влажная, гладкая, без зернистости, налета, изъязвлений и рубцов.

При осмотре форма живота обычная. Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания. Венозной сети и перистальтики не видно, рубцов, стрий нет, видимых объемных образований нет. Эпигастральной пульсации нет. Окружность живота стоя 95 см, лежа - 112 см.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, локальных объемных образований нет. Диастаз и грыжевых ворот не обнаружено.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка диаметром 1,5 см, гладкая, плотная, не урчащая, смещаемая, безболезненная. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка диаметром 2 см, мягко-эластичной консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, смещаемая, безболезненная. Восходящая и нисходящая кишки диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненны, смещаемы, поверхность гладкая, не урчащие. Нижняя граница желудка на 5 см выше пупочного кольца. Поперечная ободочная кишка 2 см, мягко-эластической консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, слегка смещаемая, безболезненная.

Пилорантральный отдел желудка не пальпируется. В месте проекции болезненности нет.

Нижний край печени не выступает из под правого подреберья. Гладкий, безболезненный, плотно-эластичной консистенции. При перкуссии размеры печени по Курлову 12/11-9-8 см (N = 12/10-9-8 см)

Желчный пузырь не пальпируется. В месте проекции болезненности нет. Симптомы Курвуазье, Кера, Лепене, Мюси, Мерфи отрицательные.

Селезенка в положении по Сали не доступна пальпации. в месте проекции болезненности нет. Размеры селезенки по Курлову 15/8 см (N=15/8 см).

Поджелудочная железа в положениях по Гроту не пальпируется, болезненности в месте проекции нет.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный над всей поверхностью живота.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕ-ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

При осмотре поясничной области покраснении, припухлости кожных покровов, отечности кожи нет. Пальпация почек в положении стоя по Боткину и в горизонтальном положении по Образцову безболезненна. Симптом Пастернацкого-II отрицательный. При перкуссии и пальпации в области проекции мочевого пузыря болезненности нет. Мочеиспускание произвольное, свободное и безболезненное. Недержание мочи и гематурия отсутствует.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

Щитовидная железа не увеличена, болезненности при пальпации нет, подвижна, мягкой консистенции. Экзофтальма, припухлостей на шее, чрезмерной потливости нет. Общий вид больного соответствует возрасту и полу.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Высшая нервная деятельность: сознание ясное, ориентирование во времени и месте не нарушено. Внимание концентрирует без усилий. Ассоциативные процессы не нарушены. Поведение, настроение, критика - адекватны обстановке. Походка, сухожильные и брюшные рефлексы в норме. Выражение лица живое. Красный дермографизм через 1 мин. Глаза реагируют на свет прямо и содружественно. Глазные яблоки, коньюнктива не изменены. Дрожания глаз, косоглазия и других особенностей нет.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛНДОВАНИЯ**

ЭКГ (23.11.98)

 Ритм: синусовый.

 ЭОС: S тип.

 Длительность интервалов:

 P 0,04

 PQ 0,16

 QRS 0,08

 QRST 0,40

 RR 0,82

***Заключение:*** начало подострой стадии крупноочагового нижне-бокового инфаркта миокарда.

ЭКГ (18.11.98)

***Заключение:*** острая стадия острого крупноочагового нижне-бокового инфаркта миокарда.

Исследование сахара крови натощак:

5,3 ммоль/л

Биохимическая лаборатория (23.11.98)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Протромбиновый индекс | 94,4 | 90-105%) |
| Фибриноген  | 3,52 | 2-4 г/л |
| b-липопротеиды | 0,47 | 0,35-0,55 ед.) |
| Глюкоза | 6,00 | 3,3-6,6 ммоль/л |
| Холестерол | 9,2 | 3,5-5,2 ммоль/л |

Анализ крови (23.11.98)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Эритроциты | 4,2\*1012/л | 4,5-5,5 мм |
| Гемоглобин | 148 | 130-160 г/л |
| Пл. Биццоцеро | 160 т | 250-230 т |
| Лейкоциты | 5,0 | 6-8000 |
| Эозинофилы | 3 | 3 |
| Палочкоядерные | 4 | 4 |
| Сегментоядерные | 70 | 63 |
| Лимфоциты | 21 | 23 |
| Моноциты | 2 | 6 |
| Свертывание крови | 6’ | 4’-5’ |
| СОЭ | 15 | 1-10 мм/час |

Анализ крови (18.11.98)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Эритроциты | 4,5\*1012/л | 4,5-5,5 мм |
| Гемоглобин | 143,3 | 130-160 г/л |
| Лейкоциты | 8,2 | 6-8000 |
| Эозинофилы | 4 | 3 |
| Палочкоядерные | 10 | 4 |
| Сегментоядерные | 62 | 63 |
| Лимфоциты | 21 | 23 |
| Моноциты | 3 | 6 |
| СОЭ | 14 | 1-10 мм/час |

Биохимическое обследование больного (18.11.98)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Общий белок | 74 | 65-85 г/л |
| Мочевина | 6,0 | 2,5-6,6 ммоль/л |
| Креатин крови | 83 | 44-97 мкмоль/л |
| Билирубин общий | 8,0 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| прямой | 0 | до 3 мкмоль/л |
| непрямой | 8,0 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 0,42 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 0,64 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| Сахар | 7,3 | 3,3-5,5 ммоль/л |
| Калий | 5,5 | 3,4-5,9 ммоль/л |
| Натрий | 137 | 126-144 ммоль/л |

Анализ мочи (23.11.98)

Количество: 110,0

Цвет: с/м

Удельный вес: 1020

Прозрачность: с/м

Белок: следы

Лейкоциты: 2-4

Цилиндры гиалановые: 1-2

Эпителий плоский: 1-3

Слизь: + + +

Рентгенограмма органов грудной клетки (24.11.98)

Легочные поля эмфизематозны. Синусы свободны. Сердце расшрено влево.

**ЭТАПЫ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ДИАГНОЗА**

Ведущие синдромы:

1. Болевой синдром - status anginosus: на момент поступления больная жаловалась на интенсивные боли сжимающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть, шею, левую руку и лопатку, а также имеющие опоясывающий характер по уровню желудка, локализующиеся за грудиной и в области сердца, что дает основание вывести болевой синдром.

2. ЭКГ синдром: наличие 18.11.98 острой стадии крупноочагового нижне-бокового инфаркта миокарда и 23.11.98 формирование подострой стадии крупноочагового нижне-бокового инфаркта миокарда.

3. Резорбтивно-некротический синдром: можно вывести на основании результатов биохимических и лабораторных исследований - нарастание уровня АСТ (0,64 мкмоль/л), лейкоцитоза (8,2), СОЭ (15).

4. Синдром стабильной стенокардии напряжения ФКII: можно вывести на основании наличия у больной по данным anamnesis morbi тупых сжимающих загрудинных болей, появляющихся в связи с повышенной психо-эмоциональной нагрузкой, а также на высоте большой физической нагрузки (колка, пилка дров, подъем на 3 этаж, ходьба более 500м), купировавшаяся валокордином или прекращением нагрузки.

5. Синдром недостаточности кровообращения: жалобы на легкую одышку и сердцебиение, появляющиеся при высоких физических нагрузках (подъем на 3 этаж, ходьба на расстояние более 500м), а также имея ввиду заключение рентгенограммы органов грудной клетки (24.22.98) - сердце расшрено влево, можем выявить недостаточность кровообращения I стадии (Killip I)

Локализация процесса:

Принимая во внимание многогранную заинтересованность вышеперечисленных синдромов, можно выявить патологический процесс сердечно-сосудистой системы, а именно - поражение сердечной мышцы и коронарных сосудов.

Характер процесса:

Принимая во внимание возраст больной (66 лет) можно исключить:

1. Миокардиты (воспалительные изменения), т.к. они чаще бывают ревматического происхождения и развиваются в молодом возрасте, а также отсутствие данных по наличию ревматизма.

2. Врожденную патологию, т.к. они проявляются в период развития организма.

3. Функциональные поражения, т.к. боли имеют характерный длительный и колющий характер, и локализуются в области верхушки сердца.

Отсутствие у пациентки тиреотоксикоза, анемии, позволяет исключить вероятность дистрофического процесса. Опухолевый процесс исключается, т.к. рентгенографических признаков нет.

Принимая во внимание наличие у больной факторов риска развития атеросклероза:

 - нарушение обмена липидов;

 - избыточная масса тела (индекс Кетле = 29,3);

 - психоэмоциональные перенапряжения;

 - наследственность;

 - возраст (66 лет);

мы можем заключить, что данная патология имеет, вероятно, сосудисто-дистрофический характер, обусловленный развитием атеросклероза, который проявился в коронарных артериях.

Предварительный диагноз:

1. Учитывая типичную клинику: длящиеся 4,5 часов давящие, интенсивные боли, иррадиирующие в шею, нижнюю челюсть, левую руку и лопатку, ЭКГ - синдром, а также резербтивно-некротический предположить острый крупноочаговый нижне-боковой инфаркт миокарда.

2. Учитывая наличие у больной по данным anamnesis morbi тупых сжимающих загрудинных болей, появляющихся в связи с повышенной психо-эмоциональной нагрузкой, а также на высоте большой физической нагрузки (колка, пилка дров, подъем на 3 этаж, ходьба на расстояние более 500м) - стенокардия напряжения ФКII, а также наличие факторов риска по развитию атеросклероза:

 - нарушение обмена липидов;

 - избыточная масса тела (индекс Кетле = 29,3);

 - психоэмоциональные перенапряжения;

 - наследственность;

 - возраст (66 лет);

А также учитывая инфаркт миокарда 18.11.98г. можно предположить наличие у больной ишемической болезни сердца.

т.о. можно вывести предварительный диагноз: ИБС, острый крупноочаговый нижне-боковой инфаркт миокарда (18.11.98г.), недостаточность кровообращения I (Killip I).

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Следует отдифференцировать следующие заболевания:

1. Миокардиодистрофии - боли локализуются в области верхушки сердца, носят длительный, колющий характер, появлением недостаточности кровообращения, а также сопровождается деформацией и сужением сегмента ST.

2. Острый перикардит - боли связаны с фазами дыхания, движениями, усиливаются в положении лежа; при объективном исследовании ССС выявляется наличие шума трения перикарда, по ЭКГ высокий Т и поднятие ST выше изоэлектрической линии во всех отведениях.

3. Тромбоэмболия легочной артерии - начало заболевания после операции у больных с глубоким тромбозом вен нижних конечностей; наличие клинических и ЭКГ синдромов инфарктов легкого и инфарктной плевропневмонии с кровохарканием, шумом трения плевры, цианозом; отсутствие симптомов на ЭКГ, характерных для инфаркта миокарда.

4. Стенокардия - боль возникает на высоте физической нагрузки, длится не более 10 минут, купируется нитроглицерином, а при инфаркте миокарда боль более интенсивная , длительная, не купируется нитроглицерином; также ишемический синдром не на высоте приступа, а на ЭКГ он отмечается, регрессирует в течение нескольких дней.

5. Расслаивающая аневризма аорты - характеризуется внезапными длительными загрудинными болями, отсутствием ЭКГ-признаков инфаркта миокарда, ассиметрией пульса и AD на руках и ногах, анемическим синдромом.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

1. Учитывая типичную клинику, наличие status anginosus, ЭКГ-синдрома, резорбтивно-некротического синдрома модно предположить острый крупноочаговый нижне-боковой инфаркт миокарда. (18.11.98)

2. Учитывая синдромы инфаркта миокарда (18.11.98), недостаточности кровообращения I, стенокардию ФКII и налицие факторов риска развития атеросклероза можно предположить ишемическую болезнь сердца.

Клинический диагноз: ИБС, острый крупноочаговый нижне-боковой инфаркт миокарда (18.11.98г.), недостаточность кровообращения I (Killip I).

**ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ**

1. Периферический вазодилятатор.

Rp.: Solutionis Nitroglycerini 1% - 2 ml

 Da tales doses N 10 in ampulis

 Signa: вводить в/в капельно, разведя 1 мл препарата в 200мл

 физиологического раствора, 2 раз в день под контролем АD.

Rp.: Nitrosorbidi 0,01

 Da tales doses N 20 in tabulettis

 Signa: по 1 таблетке 4 раза в день

2. -блокаторы.

Rp.: Metoprololi 0,1

 Da tales doses N 10 in tabulettis

 Signa: по 1 таблетке 2 раза в день

3. Антиагрегант.

Rp.: Aspirini 0,5

 Da tales doses N 20 in tabulettis

 Signa: по 1/2 таблетки 1 раза в день после обеда

4. Антикоагулянт (в зависимости от картины крови, примерон 3-4 дня).

Rp.: Solutionis Heparini 25000 ED

 Da tales doses N 10

 Signa: вводить п/к по 5000 ED 4 раза в день

5. Ингибитор АПФ.

Rp.: “Enap” 0,01

 Da tales doses N 20 in tabulettis

 Signa: по 1таблетке 1 раз в день

6. Для стабилизации клеточных мембран, профилактики гипокалиемии и развития возможных нарушений ритма при инфаркте миокарда - поляризующая смесь:

 Solutionis Glucosae 5% - 250 ml

 Solutionis Kalii chloridi 4% - 100 ml

 Insulini 6 ED

 Смесь вводить в/в 1 раз в день капельно

**ДНЕВНИК БОЛЬНОГО**

25.11.98 Состояние средней тяжести. Приступы ангинозных болей не рецидивировали. При постановке нитроглицерина в/в капельно появился жар, тупые боли в области сердца. Купированы инъекцией мезатона. Дополнительно приняла одну таблетку нитроглицерина. Слабость.

AD = 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на легочном стволе. Пульс - 78/мин. ЧДД = 18/мин. Хрипов нет.

26.11.98 Состояние удовлетворительное. Приступы ангиозных болей не рецидивировали. Больная садилась на кровати.

AD = 110/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на легочном стволе. Пульс - 90/мин. ЧДД = 18/мин. Хрипов нет.

27.11.98 Состояние удовлетворительное. Приступы ангиозных болей не рецидивировали. После постановки капельницы больная жаловалась на боль в правой руке и на головокружение. Болезненность руки и головокружение исчезли через 3 часа.

AD = 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на легочном стволе. Пульс - 95/мин. ЧДД = 19/мин. Хрипов нет.

28.11.98 Состояние удовлетворительное. Приступы ангиозных болей не рецидивировали.

AD = 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на легочном стволе. Пульс - 112/мин. ЧДД = 17/мин. Хрипов нет.

**ЭПИКРИЗ**

x, 1932 года рождения, поступила в МКБ №1 18.11.98 с приступом интенсивных болей сжимающего характера, иррадиирующих в нижнюю челюсть, шею, левую руку и лопатку, а также имеющих опоясывающий характер по уровню желудка, локализующихся за грудиной и в области сердца. Боли продолжались более 4,5 часов, сопровождались тошнотой, холодным потом, общей слабостью и чувством страха. Больная боли ничем не купировала. На основании клиники, анамнеза, объективного исследования и лабораторных данных поставлен клинический диагноз: ишемическая болезнь сердца, острый крупноочаговый нижне-боковой инфаркт миокарда (18.11.98), недостаточность кровообращения I (Killip I). При поступлении была проведена нейролептанальгезия для купирования болевого синдрома; проведена терапия: периферическими дилататорами, средствами, ингибиторами АПФ, поляризующей смесью, антиагрегатная и антикоагулянтная. Назначенное проводимое лечение, направленное на профилактику осложнений острого инфаркта миокарда, на улучшение микроциркуляции миокарда, уменьшение нагрузки на миокард дало ожидаемый положительный результат. Болевой синдром не рецидивирует, показатели гемодинамики стабильные. Больному рекомендуется продолжить лечение нитратами, препаратами калия, а также пребывание в стационаре в течение 2 недель, а после выписки - реабилитационные меры, соответствующие инфаркту миокарда и наблюдение в поликлинике по месту жительства.