1. X.
2. Дата рождения - 16.04.1935г.
3. г. Москва,.
4. Профессия - оператор моечных машин.
5. Поступила - 13.10.2001г.
6. Курация - 01.11.2001г.

**Жалобы:** на сильную *одышку*смешанного типа, впервые появившаяся 2 недели назад до поступления, возникающая во время незначительной нагрузки (может подняться по лестнице не более 10 ступеней), требующая остановки больной, закончился через 5-10 минут после остановки больной, проходит самостоятельно без медикаментозного лечения, одновременно беспокоит тяжесть в левой половине грудной клетки, что мешает спать больной на левом боку. Постоянно спит на правом.

**Anamnesis morbi:** Раньше больной себя не считала. Приступы болей за грудиной не отмечала, к врачам не обращалась. Заболела в октябре, когда во время поездки в метро, внезапно, почувствовала холодный пот, резкую одышку, которая прошла через несколько минут. Одышка стала повторяться во время физической нагрузки или ходьбы, требующая остановки больной, продолжается 5-10 минут после остановки больной, проходит самостоятельно без медикаментозного лечения. Ухудшение наступило за день до поступления. Возникла боль в эпигастральной области, которая возникла за день до поступления во время ужина около 7 часов вечера, иррадиировала в левое подреберье, характеризовалась как сжимающая, сопровождалась сильным беспокойством, самостоятельно прошла около 12 часов ночи. (лекарства не принимала). На следующий день больная обратилась к врачу по месту работы. Была снята пленка ЭКГ, после чего, больная была госпитализирована по скрой помощи бригадой 03 в 19 гкб.

**Anamnesis vitae:** Воспитывалась в детдоме. Образование неполное среднее. С 18 лет и по настоящий момент работала уборщицей, посудомойкой. Вредные привычки отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. Кровь не переливали. Аллергию не отмечала. Наследственность – не отягощена.

**Status preasens:** Общее состояние на момент осмотра удовлетворительно, сознание ясное, положение активное . Телосложение - нормостеник. Температура тела = 36,5. Выражение лица спокойное. Полость рта санирована. Кожные покровы и видимые слизистые - бледно розовые. Сосудистые, трофические изменения, отеки, кровоизлияния, рубцы, видимые опухоли отсутствуют. Ногти розовые. Жировая клетчатка распределена равномерно. Лимфоузлы не пальпируются. Пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы: мягкие, безболезненные. Мышцы развиты умерено, тонус сохранен. Суставы не изменены, движения сохранены в полном объёме. **Система органов кровообращения:** Область сердца не изменена, видимых патологических пульсаций в области шеи и сердца не наблюдается. Верхушечный толчок пальпируется в области пятого межреберья на среднеключичной линии, его диаметр = 2 см.. Границы относительной тупости сердца: правая - 1,0 см. от правого края грудины, левая - по среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье по окологрудинной линии. Ширина сосудистого пучка 6 см, поперечник относительной тупости 11 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В области верхушки выслушивается систолический шум средней интенсивности. Над аортой выслушивается мягкий дующий шум. Дополнительные тоны и шум трения перикарда отсутствуют. ЧСС-80/мин. Артериальный пульс на лучевых артериях одинаков, ритмичен, хорошего наполнения, 80 в минуту. АД - 130/80 мм.рт.ст. ***Система органов дыхания.***  Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая, участвует в акте дыхания. Ключицы и лопатки выступают не сильно. Число дыханий 20 в 1 мин. Болезненных участков при пальпации не выявлено. Голосовое дрожание легких проводится хорошо. При перкуссии коробочный звук, над всей поверхностью легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония проводится одинаково. ***Система органов пищеварения.****:* язык влажный, с грязно-белым налетом, сосочковый слой сохранен. Десны и мягкое небо слегка гиперемированны. Живот втянут, симметричен, участвует в акте дыхания . Видимая перистальтика и венозные коллатерали отсутствуют. Наличие жидкости не выявлено. Поверхностная ориентировочная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Расхождение мышц живота, наличие грыж, поверхностных опухолей не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный. Аускультативно перистальтика кишечника вялая, практически не выслушивается. Печень не увеличена, границы по Курлову: 9-8-7см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена: 6см на 4см. Стул в оформлен, в норме. ***Система органов выделения.*** Наличие гиперемии, припухлости поясничной области не выявлено. Симптом поколачивания отрицательный. Болезненных точек в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников не обнаружено. ***Нервная система.*** На момент осмотра сознание ясное, ориентированна в месте, времени и ситуации, контактна, речь не изменена. Очаговой и менингиальной симптоматики не выявлено.

**Предварительный диагноз**: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Инфаркт миокарда от октября 2001г.Стенокардия напряжения III ст. НК-1ст.

**План обследования:**

1. ЭКГ в динамике.
2. Общий анализ крови + сахар крови.
3. Общий анализ мочи + сахар мочи.
4. Биохимический анализ крови.(АсТ, АлТ, щелочная фосфотаза, общий белок, мочевина, холестерин )
5. Измерение температуры тела.
6. Контроль АД и PS.
7. Рентген грудной клетки.

 **Анализ мочи от 13.10.2001г.** Цвет - светло-желтый, прозрачность - не полная, относительная плотность - 1014, реакция - кислая, белок, сахар - не обнаружен, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

**Биохимический анализ от 13.10.2001г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель: | Обнаружено: | Норма: |
| АлТ | 22  | 5-32 |
| АсТ | **48 (!)** | 5-31 |
| Щелочная фосфотаза: | **447 (!)** | 64-306 |
| Креатинин: | 75 | 44-97 |
| Билирубин общий | 13 | 3,4-20,5 |

**Анализ крови от 13.10.2001г.** Сахар крови - 4,5; Мочевина - 6,3; Протромбин - 90.

**ЭКГ от 14.10.2001г:** Ритм синусовый, правильный, R-R 0.46 сек., ЧСС- 80/мин; зубец Р-0,1сек., P-Q 0,16сек., QRS - 0,11 сек., Имеется наличие комплексов Q-S в грудных отведениях V1 – V4, зубец R в V5 R в V6, В отведениях V5, V6 имеется депрессия сегмента ST, Зубец Т- во всех грудных отведениях отрицательный. Заключение: у больной трансмуральный переднеперегородочный инфаркт, гипертрофия и перегрузка левого желудочка.

**ЭКГ от 14.11.2001г:** Ритм синусовый, правильный, R-R 0.49 сек., ЧСС- 72/мин; зубец Р-0,1сек., P-Q 0,16сек., QRS - 0,9 сек., Имеется наличие комплексов Q-S в грудных отведениях V1 – V4, зубец R в V5 R в V6. Сегмент ST на изолинии, Зубец Т- во всех грудных отведениях положительный. Заключение: у больной трансмуральный переднеперегородочный инфаркт, гипертрофия левого желудочка. По сравнению ЭКГ от 14.10.01г выявлена положительная динамика.

**Биохимический анализ от 13.11.2001г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель: | Обнаружено: | Норма: |
| АлТ | 23  | 5-32 |
| АсТ | 28 | 5-31 |
| Щелочная фосфотаза: | 296 | 64-306 |
| Креатинин: | 81 | 44-97 |
| Билирубин общий | 18 | 3,4-20,5 |

**Клинический диагноз и его обоснование:**

1. *Основной -ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Инфаркт миокарда от 29.12.99г. Стенокардия напряжения III ф.к.*
2. *Осложнение - Постинфарктная недостаточность кровообращения I степени.*

Диагноз инфаркта миокарда поставлен на основании анамнеза: заболевание началось внезапно: без видимой причины в метро почувствовала холодный пот, резкую одышку, которая прошла через несколько минут. Относительно быстро появившийся синдром недостаточности кровообращения (*одышку* смешанного типа, возникающая во время незначительной нагрузки, периферические отеки на ногах до уровня колена, расширение границы сердца влево, тахикардия 80΄, чдд 20΄). Лабораторные данные: АсТ - **48 (!).**Щелочная фосфотаза: - **447 (!).** ЭКГ:

Заключение: у больной трансмуральный переднеперегородочный инфаркт, гипертрофия и перегрузка левого желудочка.

Стенокардия III ф.к. поставлено на основании анамнеза: приступы стали повторяться во время физической нагрузки или ходьбы (проходит около ста метров), требующая остановки больной, продолжается 5-10 минут после остановки больной, проходит самостоятельно без медикаментозного лечения.

**Лечение**

1. Полу постельный режим.
2. ЛФК.
3. Стол № 10 (можно 2-3г соли)
4. Аспирин 0,5г по 1\4 таб. После ужина на ночь.
5. Нитросорбит 0,005 4р./сут.
6. Карданум 50мг 3р. /сут.
7. Эналаприл 2,5мг, через 2дня 5мг 2р/сут.

**Этапный эпикриз**

X. Дата рождения - г. Находилась на стац.лечении в 19 гкб в терапевтическом отделении с 13.10.01 по 16.11.01г с диагнозом: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Инфаркт миокарда от октября 2001г.Стенокардия напряжения III ст. НК-1ст.. Поступила с жалобами: на сильную *одышку*смешанного типа, впервые появившаяся 2 недели назад до поступления, возникающая во время незначительной нагрузки (может подняться по лестнице не более 10 ступеней), требующая остановки больной, закончился через 5-10 минут после остановки больной, проходит самостоятельно без медикаментозного лечения. **Anamnesis morbi:** Раньше больной себя не считала. Приступы болей за грудиной не отмечала, к врачам не обращалась. Заболела в октябре, когда во время поездки в метро, внезапно, почувствовала холодный пот, резкую одышку, которая прошла через несколько минут. Одышка стала повторяться во время физической нагрузки или ходьбы, требующая остановки больной, продолжается 5-10 минут после остановки больной, проходит самостоятельно без медикаментозного лечения. Ухудшение наступило за день до поступления. Возникла боль, которая возникла за день до поступления во время ужина около 7 часов вечера, характеризовалась как сжимающая, сопровождалась сильным беспокойством, самостоятельно прошла около 12 часов ночи. (лекарства не принимала). На следующий день больная обратилась к врачу по месту работы. Была снята пленка ЭКГ, после чего, больная была госпитализирована по скрой помощи бригадой 03 в 19 гкб. **Anamnesis vitae:** Вредные привычки отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. Кровь не переливали. Аллергию не отмечала. Наследственность – не отягощена. **Status preasens:** Общее состояние на момент осмотра удовлетворительно, сознание ясное, положение активное . Телосложение - нормостеник. Температура тела = 36,5. Выражение лица спокойное. Кожные покровы и видимые слизистые - бледно розовые. Сосудистые, трофические изменения, отеки, кровоизлияния, рубцы, видимые опухоли отсутствуют. Ногти розовые. Лимфоузлы не пальпируются. Суставы не изменены, движения сохранены в полном объёме. **Система органов кровообращения:** Область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в области пятого межреберья на среднеключичной линии, его диаметр = 2 см.. Границы относительной тупости сердца: правая - 1,0 см. от правого края грудины, левая - по среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье по окологрудинной линии. Ширина сосудистого пучка 6 см, поперечник относительной тупости 11 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В области верхушки выслушивается систолический шум средней интенсивности. Над аортой выслушивается мягкий дующий шум. Дополнительные тоны и шум трения перикарда отсутствуют. ЧСС-80/мин. Артериальный пульс на лучевых артериях одинаков, ритмичен, хорошего наполнения, 80 в минуту. АД - 130/80 мм.рт.ст. ***Система органов дыхания.***  Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая. Число дыханий 20 в 1 мин. Болезненных участков при пальпации не выявлено. Голосовое дрожание легких проводится хорошо. При перкуссии коробочный звук, над всей поверхностью легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. ***Система органов пищеварения.****:* язык влажный, с грязно-белым налетом, сосочковый слой сохранен. Десны и мягкое небо слегка гиперемированны. Живот втянут, симметричен, участвует в акте дыхания . Поверхностная ориентировочная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Расхождение мышц живота, наличие грыж, поверхностных опухолей не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный. Аускультативно перистальтика кишечника вялая, практически не выслушивается. Печень не увеличена, границы по Курлову: 9-8-7см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена: 6см на 4см. Стул в оформлен, в норме. ***Система органов выделения.*** Симптом поколачивания отрицательный. Болезненных точек в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников не обнаружено. ***Нервная система.*** На момент осмотра сознание ясное, ориентированна в месте, времени и ситуации, контактна, речь не изменена. Очаговой и менингиальной симптоматики не выявлено. Проведено ЭКГ: Заключение: у больной трансмуральный переднеперегородочный инфаркт, гипертрофия и перегрузка левого желудочка. Биохимический анализ крови АсТ - **48 (!),** щелочная фосфотаза: - **447 (!).** Выставлен диагноз: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Инфаркт миокарда от октября 2001г.Стенокардия напряжения III ст. НК-1ст. Проведено лечение: Аспирин 80мг/сут., Нитросорбит0,005 4р./сут., Карданум 50мг 3р. /сут., Эналаприл 2,5мг, через 2дня 5мг 2р/сут. В последующем отмечено улучшение состояния, одышка уменьшилась до 18/мин, PS уменьшился до 68/мин. ЭКГ от 14.11.2001г:Заключение: у больной трансмуральный переднеперегородочный инфаркт, гипертрофия левого желудочка. По сравнению ЭКГ от 14.10.01г выявлена положительная динамика. Биохимический ан.крови от 13.11.01г – в пределах нормы. В удовлетворительном состоянии больная выписывается под наблюдение кардиолога по месту жительства.