**Паспортная часть**

**Фамилия: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**Имя: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**Отчество:\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**Дата поступления:** 3.10.2004, экстренно в порядке «скорой помощи»

**Дата выписки:**

**Пол:** жен.

**Возраст:** 78 лет

**Место рождения:** Томской области

**Место жительства, адрес:**

 **Место работы:** пенсионерка

 **Диагноз клинический:**

**Основное заболевание**: ИБС: повторный крупноочаговый передний инфаркт миокарда, острый период, а-v блокада I ст.

**Осложнение основного заболевания:** ОСН: Killip II ст.

**Фоновое заболевание:** Гипертоническая болезнь IIIстадия, III степень, очень высокий риск.

 Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, ст. декомпенсации.

**Сопутствующая патология**: Хронический пиелонефрит, стадия обострения. ХПН (0).

 **Жалобы при поступлении.**

1. На боли за грудиной сжимающего характера, интенсивные с иррадиацией в левую руку и лопатку, длительностью боле 15 минут, которые не купировались приемом нитроглицерина (3 таблетки).
2. На общую слабость.
3. Головокружение и тошноту при повышении давления до 160\90 мм. рт. ст.

**Анамнез заболевания.**

Боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую руку, беспокоят в течение многих лет. Боли возникали редко при значительной физической нагрузке и купировались приемом валокардина или 1 таблетки нитроглицерина в течение 5-10 минут. Однако пациентка не обследовалась и не лечилась.

 За последние 2-3 года боли стали появляться чаще (1-2 раза в неделю), для купирования которых необходим прием до 3 табл. нитроглицерина. Стала отмечать появление одышки смешанного характера при значительной физической нагрузке. Пациентка к врачам не обращалась, лечилась самостоятельно фитотерапией.

 Утром 3.10.04, после значительной физической нагрузки накануне, появилась интенсивная сжимающая боль за грудиной, некупирующаяся нитроглицерином; выраженная слабость. В 9.00 пациентка вызвала «скорую помощь». По данным ЭКГ был заподозрен острый инфаркт миокарда, АД 160/90 мм. рт. ст., PS: 60 в мин. На догоспитальном этапе оказана помощь в объеме: Sol. Magnesii sulf. 50%- 2 ml., Sol. Dimedroli 1%- 1 ml., Sol. Platyphyllini 0,01%- 1ml. внутривенно. После проведенной терапии болевой синдром уменьшился, однако полностью не был купирован.

Пациентка доставлена в ОКБ для дообследования и лечения.

**Анамнез жизни.**

Родилась в срок. Из перенесенных в детстве заболеваний: ОРЗ, корь, ветряная оспа. Росла и развивалась соответственно возрасту. В физическом развитии от сверстников не отставала. Получила профессию бухгалтера. Работала по специальности в коммунально-строительном техникуме. Вышла на пенсию по возрасту.

 В течение жизни перенесла операции по поводу внематочной беременности, аппендицита, фибромиомы (даты назвать затрудняется). Дважды за последние10 лет - перелом луча в типичном месте. 3 беременности, 2 родов, менопауза с 45 лет.

 Пациентка отмечает повышение давления с 45 лет (в период климакса) до 200/100 мм.рт.ст. Субъективно при подъеме давления ощущает головокружение и тошноту. Полноценно не обследовалась, регулярного лечения и контроля АД не проводила. Периодически, при подъеме давления, принимала 1 таблетку адельфана. Около 1.5 лет по назначению фельдшера принимает эналаприл по 10 мг утром ежедневно и вечером (по своему усмотрению) 1 таблетку адельфана. Считает эту схему лечения эффективной. Регулярно АД не контролирует.

 Более 2 лет страдает СД 2 типа, уровень глюкозы корригирует строгой диетой.

 В течение многих лет отмечает периодически возникающие тупые, средней интенсивности боли в пояснице слева не связанные с физической нагрузкой, а также учащение в такие периоды мочеиспускания. По этому поводу к врачам не обращалась, лечилась самостоятельно травами.

 **Социально-бытовые условия.**

Живет одна в неблагоустроенном деревянном доме, условия быта удовлетворительные. Питание регулярное, соблюдает диету с исключением сахара и легкоусвояемых углеводов. Не курит. Алкоголь не употребляет.

**Аллергологический анамнез:**

Аллергии на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает.

**Семейный анамнез:**

Причину смерти отца и матери не знает. Больных туберкулезом, сахарным диабетом и нервно-психическими заболеваниями в семье нет.

 **Объективные данные.**

**Вес** 57 кг

**Рост** 164 см

**имт:** 21.1

**Тип телосложения** нормостенический

**Положение больной:**  активное

**Сознание:** ясное

**Выражение лица:** осмысленное

**Кожа:** акроцианоз губ,кожные покровы физиологической окраски, сухие, тёплые

**Видимые слизистые оболочки:** Видимые слизистые оболочки, гладкие, блестящие, влажные, чистые, розового цвета, высыпаний нет.

**Волосы, ногти:** Волосы: средней длины, седые. Ногти: с признаками трофических нарушений в виде гипертрофии и ломкости.

**Подкожно-жировой слой:** умеренно развит, распределён равномерно.

**Лимфатические узлы**: затылочные, шейные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные не увеличены, не спаяны с окружающими тканями при пальпации безболезненны, до 0,5 см, плотной консистенции.

**Щитовидная железа:** шея правильной формы, не искривлена, не утолщена, региональных набуханий не наблюдается. Щитовидная железа пальпируется – безболезненна, поверхность гладкая, мягкой консистенции. Видимой пульсация сосудов шеи не наблюдается.

**Костная система**: скелет развит правильно. Деформаций, искривлений костей черепа, грудной клетки, позвоночника не наблюдается. Грудная клетка симметрична. Межреберные промежутки не расширены, ход ребер косой. Эпигастральный угол 90. Лопатки прилегают к грудной клетке.

**Суставы:** В коленных суставах определяется крепитация при пассивных движениях, объем активных движений незначительно снижен, в области дистальных фаланг на обеих кистях единичные узелки Гебердена. Изменений со стороны других суставов нет, активные и пассивные движения выполняются в полном объеме, безболезненны. Температурной реакции в области суставов нет.

**Мышечная система:** Мышечная система развита удовлетворительно, на симметричных участках одинаково. Тонус не изменён, болезненности при пальпации не отмечается.

**Объективное исследование по органам:**

**Дыхательный аппарат:** Проходимость носовых путей сохранена.Тип дыхания смешанный. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает. Частота дыхания 16 в минуту. Дыхание ритмичное, одинаковой глубины.

Пальпация грудной клетки:При пальпации грудная клетка эластичная, болевые точки не определяются. Голосовое дрожание проводится во все отделы одинаково.

Перкуссия лёгких:  Перкуторный звук лёгочный, при сравнительной перкуссии над передними, задними и боковыми отделами лёгких в симметричных участках звук одинаковый. Гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия:

 Высота стояния верхушек лёгких спереди справа и слева 3 см над ключицей. Высота стояния верхушек слева сзади на 1 см выше остистого отростка VII шейного позвонка, справа ниже остистого отростка VII шейного позвонка на 1 см.

 Ширина полей Кренига справа 5 см, слева 5,5 см.

Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Линии:* | *Справа:* | *Слева:* |
| *Окологрудинная* | *V м/реберье* | *-* |
| *Среднеключичная* | *VI м/реберье* | *-* |
| *Передняя подмышечная* | *VII м/реберье* | *VII м/реберье* |
| *Средняя подмышечная* | *VIII м/реберье* | *VIII м/реберье* |
| *Задняя подмышечная* | *IX м/реберье* | *IX м/реберье* |
| *Лопаточная* | *X м/реберье* | *X м/реберье* |
| *Околопозвоночная* | *Остистый отросток XI грудного позвонка* | *Остистый отросток XI грудного позвонка* |

 Подвижность нижнего легочного края слева и справа - 6 см.

 Аускультация лёгких: в нижнебоковых отделах левого легкого выслушиваются единичные влажные хрипы, над остальными отделами легких дыхание везикулярное. Крепитация и шум трения плевры не выслушиваются

 **Органы кровообращения:** Деформаций и выпячиваний («сердечный горб») в области сердца не обнаружено. Эпигастральной пульсации сердца не наблюдается. Верхушечный толчок определяется в 5-м межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, не разлитой, не усилен, диаметр 2 см. При пальпации «кошачье мурлыканье» не обнаружено. У основания сердца, в области аорты, легочной артерии и правого желудочка патологической пульсации не обнаружено. При пальпации болевые точки не обнаружены.

Перкуссия сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| *Границы сердца:* | *Относительная тупость:* |
| *Правая* | *IV м/реберье по правому краю грудины* |
| *Верхняя* | *III ребро по левой парастернальной линии* |
| *Левая* |  *В 5 межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии* |

Длинник сердца: 13,5 см

Поперечник сердца: 12,5 см

# Ширина сосудистого пучка 5,5 см

Аускультация сердца: Тоны сердца приглушены, ритмичны, I тон на верхушке ослаблен, определяется акцент II тона на легочной артерии. Выслушивается систолический шум на верхушке.

Сосудистая система: видимой пульсации аорты, шейных вен не наблюдается. Пульс на a. dorsalis pedis хорошего наполнения, D=S. При сравнении пульса на правой и левой лучевых артериях одинаковый, ритмичный хорошего наполнения, напряженный, стенка лучевых артерий плотная, ригидная. Частота 65 ударов в минуту. Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. Венозный и капиллярный пульс отсутствует. Сосудистые шумы и тоны не выслушиваются.

**Желудочно-кишечный тракт:**

Полость рта*:*Зубы протезированы. Слизистая оболочка ротовой полости гладкая, розового цвета, без высыпаний и пигментации. Дёсны розового цвета, не кровоточат, не разрыхлены, безболезненны. Язык не увеличен, влажный, корень языка обложен беловатым налётом.

 Осмотр живота: живот правильной формы. Видимая перистальтика отсутствует.

Пальпация живота: живот мягкий, безболезненный.

 Желудок*:* при осмотре контуры и перистальтика желудка не определяются. При перкуссии над желудком определяется низкий тимпанический звук. Нижняя граница по срединной линии тела - на 2 см выше пупка (граница при перкуссии и при аускультации совпадают). Поверхностная пальпация безболезненна. Шум плеска не определяется.

Сигмовидная кишка: локализация обычная, диаметр 3 см, поверхность гладкая, эластичная, подвижность сохранена, не урчит, безболезненна.

 Слепая: локализация правильная, диаметр 3 см, поверхность гладкая, эластична, не урчит, безболезненна, подвижна.

 Восходящая и нисходящая отделы поперечно-ободочной кишки: локализация обычная, диаметр по 2 см, подвижны, урчат, безболезненны.

Проекция поджелудочной железы при пальпации безболезненна, болезненности в зонах Шофара, Губергрица и точке Мейо-Робсона не определяется.

 Печень: Перкуссия - верхняя граница абсолютной тупости находится на уровне VI ребра, нижняя не выходит из-под края реберной дуги. Нижняя граница по срединной линии тела определяется на границе между верхней и средней третью расстояния от пупка до основания мечевидного отростка. Левая граница печени на уровне левой парастернальной линии. Размеры печени по М.Г.Курлову - 10 х 9 х 8 см.

Пальпация - край печени эластичный, ровный, острый, поверхность гладкая, безболезненная.

Желчный пузырь: пальпация в точке желчного пузыря безболезненная; симптомы Курвуазье, Ортнера, Мюсси, Кера отрицательны.

Селезенка*:* при перкуссии: Верхняя граница - IX ребро, нижняя -XI ребро по средней подмышечной линии. Задний верхний полюс - на уровне лопаточной линии.

Передний нижний полюс - не выходит за линию costoarticularis. Длинник - 12 см, поперечник - 8 см. При пальпации в проекции селезенки болезненность не выявлена.

Почки, мочевыводящие пути*:* Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание учащенное, безболезненное.

Стул*:* ежедневный, оформленный, однократный.

**Нервная система*:*** асимметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону – нет. Зрачки равномерные, реакция на свет и аккомодацию сохранена. Движения уверенные. Болевая чувствительность сохранена. Пальценосовую пробу выполняется хорошо.

**Предварительный диагноз:**

Основное **заболевание**: ИБС: повторный крупноочаговый передний инфаркт миокарда, острый период, а-v блокада I ст.

**Осложнение основного заболевания:** ОСН: Killip II ст.

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадия, III степень, очень высокий риск.

 Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, ст. декомпенсации.

Сопутствующая патология: Хронический пиелонефрит, стадия обострения. ХПН (0).

 **План обследования.**

1. ОАК 2. ОАМ

3. Биохимический анализ крови (билирубин, белок, креатинин, тропониновый тест, КФК, АСТ, АЛТ, глюкоза, мочевина)

1. Коагулограмма
2. УЗИ органов брюшной полости
3. ЭКГ
4. Рентген органов грудной клетки
5. Анализ мочи по Нечипоренко
6. Проба Зимницкого
7. Бактериальный посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам
8. Гликемический профиль
9. Глюкозурический профиль
10. Определение суточного белка в моче
11. Консультация офтальмолога (осмотр глазного дна)
12. Консультация эндокринолога

**Лабораторные исследования.**

**Общий анализ крови:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **03.10.04** | **04.10.04** | **18.10.04** | **Норма** |
| Гемоглобин г\л | 151 | 145 | - | 120-140 |
| Цветной показатель | 0,94 | 0,94 | - | 0,85 – 1,05 |
| Эритроциты 1012 | 4,8 | 4,6 | - | 3.7-4.7 |
| Лейкоциты 103 | 6,2 | 6,3 | 4,9 | 4 – 8 |
| Палочкоядерные % | - | 3 | - | 1 – 6 |
| Сегментоядерные % | - | 50 | - | 47 – 72 |
| Лимфоциты % | - | 44 | - | 19 – 37 |
| Эозинофилы % | - | 3 | - | 0 - 5 |
| СОЭ мм/час | 7 | 17 | 35 | менее 15 |

Заключение: Тенденция к ускорению СОЭ.

 **Общий анализ мочи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **03.10.04** | **11.09.2004** |
| Цвет  |  - | - |
| Прозрачность  |  - | мутная |
| Белок г\л |  0,036 | 0,093 |
| Удельный вес | мало мочи | 1012 |
| Лейкоциты |  4-5 |  25-35 |
| Эпителий | единичный |  До 5 |
| Бактерии |  +++ |  +++ |
| Диастаза |  12,8 |  - |
| Глюкоза |  7,83 |  - |

Заключение: Бактериурия, лейкоцитурия, глюкозурия, протеинурия минимальной степени, относительно низкий удельный вес мочи.

**Биохимические показатели крови**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **03.10.04** | **03.10.04** | **04.10.2004** | **Норма** |
| Билирубин  | 9.5\ отр. | - | - | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| Общий белок +фракции | 69 | 64.7 | 69 | 65 – 85 г/л |
| α-амилаза | 14.3 | - | - |  |
| Концентрация ионов Na | - | 142 | 142 | 135-145ммоль/л |
| Концентрация ионов К | - | 4.5 | 4.5 | 3.4-5.3ммоль/л |
| Глюкоза  | 14.8 | 16.2 | 9.4 | 3,3 – 5,5 ммоль/л |
| Мочевина  | 5.2 | 6.1 | 5.4 | 2,5 – 8,3 ммоль/л |
| Креатинин  | - | 87 | 90 |  44- 97 мкмоль/л |
|  МВ КФК | 25 | 132 | 82 |  До 35 МЕ/л |
| АСТ | 31 | - | 16 | 9 – 40 Ед/л |
| АЛТ | 21 | - | 14 |

Заключение:Гипергликемия, повышение уровня МВ- фракции КФК.

**Реакция Вассермана 03.10.2004 –**отрицательна.

**Гликемический профиль 4.102004 18.10.2004**

08.00 9.4 мМ\л 9.0 мМ\л

13.00 14.1 мМ\л 12.7 мМ\л

18.00 12.0 мМ\л 12.6 мМ\л

22.00 12.9 мМ\л 13.7мМ\л

02.00 9.1мМ\л -

**Бактериологическое исследование мочи от 6.10.04**

 **E. coli 10 6**

Чувствительна к антибактериальным средствам: Ампициллин, Амоксиклав, Ципрофлоксацин, Норфлоксацин, Офлоксацин, Гентамицин, Ко-тримоксазол, Амикацин.

## Анализ мочи по Нечипоренко от 6.10.2004 18.10.2004

### Лейкоциты 13750 в 1 мл 2500 в 1 мл

Эритроциты - 500 в 1 мл

Заключение: Лейкоцитурия.

**Коагулограмма: 3.10 3.10 4.10 5.10 6.10 7.10 8.10 12.10**

Фибриноген общий 3.4 4.0 - - - - 4.8 4.4

Фибриноген В отр. отр. - - - - + отр. ПТВ 18 - - - - - - 15

ПТИ 83 94.4 - - - - 94 100

АЧТВ - 42" 43" 39" 41" 37" 43" -

 Заключение: однократное повышение уровня общего фибриногена и "+" фибриноген В.

 ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭКГ

3.10.04 в 10.30

Заключение: Ритм синусовый 63 в мин., ЭОС не отклонена, a-v блокада I ст. (PQ- 0,24 c), подъем сегмента ST более 3 мм в V1 – V5, формируются (-) Т.

3.10.04 в 11.30

Заключение: Ритм синусовый 75 в мин., ЭОС не отклонена, a-v блокада I степени (PQ- 0,28 с), крупноочаговый передний инфаркт миокарда, острый период (комплексы типа QS в V1 – V2, подъем сегмента ST V1 –V6, формируются (-) зубцы Т).

12.10.04

Заключение: Ритм синусовый 70 в мин., ЭОС не отклонена, a-v блокада I степени (PQ- 0,22 с), закономерная динамика крупноочагового переднего инфаркта миокарда, острый период (комплексы типа QS в V1 – V2, приближение сегмента ST к изолинии, (-) зубцы Т).

**ЭхоКГ от 20.10.04**

Ао- 3.2 ЛЖ: КСР- 4.6 КСО- 98 ФВ- 43%

ЛП- 3.6 КДР- 5.9 КДО- 173 ФУ- 22%

ПЖ- 2.0 Т мжп- 1.0

 Т зс- 1.0

Стенки аорты плотные, ригидные, расширение полости ЛЖ. Гипертрофии отделов сердца нет. Гипокинез передне-перегородочного и верхушечного сегментов. Створки аортальных клапанов уплотнены у основания. Уплотнение фиброзного кольца митрального клапана, незначительная регургитация.

 Заключение: Атеросклероз аорты и клапанов. Недостаточность МК I ст., Дилатация ЛЖ с диастолической дисфункцией. Рубцовые изменения передне-перегородочной и верхушечной области.

**Обоснование основного диагноза.**

На основании:

* жалоб на интенсивные боли за грудиной сжимающего характера, с иррадиацией в левую руку и лопатку, длительностью более 15 минут, которые не купировались приемом нитроглицерина (3 таблетки) и сопровождались общей слабостью;
* анамнестических данных: пациентка в течение многих лет страдает ИБС и ГБ, не получает адекватной терапии; возраст 78 лет; появление данных жалоб связывает с физической нагрузкой накануне;
* данных объективного осмотра: повышение температуры тела, акроцианоз губ; в нижнебоковых отделах левого легкого выслушиваются единичные влажные хрипы; тоны сердца приглушены, I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на легочной артерии, систолический шум на верхушке;
* лабораторных данных: ускорение СОЭ, повышение уровня МВ-КФК, повышение уровня общего фибриногена и появление фибриногена В;
* данных инструментальных исследований: на ЭКГ от 3.10.04 в 10.00 - подъем сегмента ST в V1 – V5 , a-v блокада I ст. (PQ- 0,24 c); в 11.30- комплексы типа QS в V1 – V2, подъем сегмента ST V1 –V6, формируются (-) зубцы Т, a-v блокада I степени (PQ- 0,28 с). На ЭхоКГ от 20.10.04: недостаточность митрального клапана I ст., дилатация ЛЖ с диастолической дисфункцией, рубцовые изменения передне-перегородочной и верхушечной области

поставлен диагноз **основного заболевания**:

**ИБС: острый крупноочаговый передний инфаркт миокарда,**  **а-v блокада I ст.**

**Осложнение основного заболевания: ОСН: Killip II ст.**

**Фоновое заболевание**: Гипертоническая болезнь III стадия, III степень, риск 4 (очень высокий).

 Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, ст. декомпенсации.

**Сопутствующая патология**: Хронический пиелонефрит, стадия обострения, ХПН (0)

**Гипертоническая болезнь III стадия, риск 4 (очень высокий), НК0**

Диагнозставится на основании сочетания артериальной гипертензии с поражением органов-мишеней: ИБС, гипертрофия левого желудочка??, диастолическая дисфункция ЛЖ на ЭхоКГ; очень высокий риск обусловлен наличием сопутствующего сахарного диабета, ИБС, признаками атеросклероза аорты на ЭхоКГ, а также возрастом 78 лет.

**Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, ст. декомпенсации**

СД дебютировал медленно, в пожилом возрасте. На среднюю степень тяжести СД указывает наличие диабетической нефропатии (стадию поможет уточнить тест на протеинурию в суточной моче, тест на микроальбуминурию), имеющаяся у пациентки ИБС как проявление макроангиопатии свидетельствует, возможно, о более тяжелом течении и требует обследования у эндокринолога, офтальмолога, невролога. О декомпенсации свидетельствует уровень гликемии натощак >6,5 ммоль/л (9,4) и уровень гликемии перед сном >7,5 (9,1).

 **Хронический пиелонефрит в стадии обострения. ХПН (0)**

Диагноз ставится на основании анамнестических данных, ОАМ от 3.10.2004: лейкоцитурия, бактериурия, снижение относительной плотности мочи. Стадия обострения подтверждается результатом бактериологического посева мочи.

ХПН (0) ставится на основании нормального уровня креатинина в крови.

Для уточнения диагноза необходимо провести УЗИ почек, анализ мочи по Зимницкому.

**Дифференциальный диагноз.**

 Возникновение у пациентки острой интенсивной боли в груди необходимо дифференцировать с разрывом расслаивающей аневризмы аорты. Боль при расслаивающей аневризме аорты часто начинается за грудиной и может иррадиировать в спину и лопатки, однако более характерна миграция боли по ходу позвоночного столба. Ритм боли у пациентки - постоянный нарастающий (более характерный для ИМ), а для расслаивающей аневризмы аорты характерно волнообразное усиление и ослабление боли (чего не наблюдалось у пациентки).

Отсутствие у пациентки таких патогномоничных симптомов как выраженная одышка, признаки нарастающей анемии, а также расширения сосудистого пучка, появления пульсирующей опухоли в области яремной ямки, признаков недостаточности аортального клапана, - все это позволило усомниться в данном диагнозе. Наличие же признаков повреждения миокарда на ЭКГ, ЭхоКГ и в лабораторных данных подтверждает диагноз острого инфаркта миокарда.

Острое появление боли за грудиной может являться первым признаком ТЭЛА, однако, боль максимальна сразу в момент эмболии и в дальнейшем уменьшается. У пациентки не наблюдалось быстрого нарастания одышки, не было удушья, артериальной гипотонии, признаков прогрессирующей правожелудочковой недостаточности характерных для ТЭЛА.

Боль в предсердечной области, сопровождающаяся общей слабостью, нарушением ритма сердца может являться признаком миокардита, однако острая нарастающая боль в сердце с иррадиацией в левую руку более характерна для ИМ. Нарушения ритма характерны для обеих патологий, но при инфаркте они носят чаще преходящий характер и могут проходить без лечения, а при миокардитах аритмии чаще постоянные. Так как отсутствуют данные об аритмии в анамнезе дальнейшее наблюдение поможет уточнить носит ли а-v блокада постоянный либо преходящий характер. Умеренная гипертрофия левых отделов встречается как при той, так и другой патологии. У нашей больной активность миокардиальных ферментов повышалась, быстро достигая максимума и в течение нескольких дней снизилась до исходного уровня, что характерно для ИМ. Тогда как при миокардитах активность этих ферментов повышается незначительно и остается умеренно повышенной в течение длительного времени. ЭКГ данные при миокардитах могут быть идентичны таковым в начальный период ИМ, но носят постоянный характер, не изменяясь в динамике. Диагноз инфаркта миокарда у пациентки подтверждается типичными изменениями ЭКГ в динамике.

**Лечение.**

**Режим:** постельный с поворотами на бок и движениями конечностей; с 3 дня присаживание на постели с помощью мед. сестры на 5-10 мин; с 7-8 дня присаживаться на краю кровати 2-3 раз в день по 20 минут, пользование туалетом, прием пищи сидя; с 11-13 дня ходьба по палате, одевание, прием пищи за столом; с 13-15 дня выход в коридор до 50 м в2-3 приема; с 15-17 дня прогулки по коридору до 200 м в 2-3 приема, подъем на 1 лестничный пролет под контролем инструктора; с 18-20 дня режим общеклинический.

**Диета*:*** №9 с элементами №10

Диета энергетически полноценна, содержит белков — 100 г, жиров — 70-80 г, углеводов — 300 г, энергетическая ценность 2300 ккал. Ограничение легкоусвояемых углеводов (сладости, мед, сладкие напитки). Основной состав пищи по количеству калорий - сложные углеводы 50-60% (макаронные изделия, крупы, картофель, овощи, фрукты), насыщенные жиры < 10% (молоко, сыр), полиненасыщенные жиры< 10% (маргарин, растительное масло), белки <15% (рыба, мясо, птица, кефир, молоко, сыр, творог). Рекомендуются продукты богатые клетчаткой, ограничение приема поваренной соли 3 г/сут. Пища принимается 5-6 раз в день.

* Sol. Heparini 5000 ED ввести внутривенно в 10 мл изотонического р-ра NaCl с переходом на непрерывное введение со скоростью 1000 ЕД/ч в течение суток. Затем по 5000 ЕД 4 раза в день подкожно в переднюю брюшную стенку (под контролем АЧТВ), через 3 дня дозу снизить до 2500 ЕД 4 раза в день с последующим переводом (через 3 дня) на двухразовый прием.
* Гепарин- антикоагулянт прямого действия, тормозит тромбообразование, улучшает коллатеральное кровообращение, оказывает гиполипдемическое, противовоспалительное и мочегонное действие.
* Sol. Isosorbidi dinitrati 50мг растворить в 500 мл изотонического раствора NaCl вводить в вену со скоростью 7 капель в минуту (2 мг в час).
* Tab. Nitrosorbidi 0,01 4 раза в день
* Нитросорбид – антиангинальный препарат группы нитратов. Обладает периферическим артериоло- и венодилатирующим эффектом тем самым уменьшает потребность миокарда в кислороде снижая пред- и постнагрузку на сердце. Улучшает коронарный и коллатеральный кровоток в направлении ишемизированного , но еще жизнеспособного миокарда.
* Tab. Aspirin-cardio 0,325 по 1/2 табл. в сутки.
* Аспирин (ацетилсалициловая кислота) улучшает микроциркуляцию и кровоснабжение миокарда путем угнетения синтеза тромбоксана- мощного проагреганта тромбоцитов, обладающего сосудосуживающим действием.
* Tab. Enalaprili 0,01 по 1 табл. 2 раза в день.
* Эналаприл- ингибитор АПФ длительного действия оказывает системную артериальную, венозную и коронарную вазодилатацию, предотвращает прогрессирование дилатации левого желудочка, улучшает регионарный кровоток в органах в т.ч. почках и поджелудочной железе. Препарат обладает нефропротекторным, ангиопротекторным и антиоксидантным действием, предотвращает развитие толерантности к нитратам и потенцирует их эффект, а также улучшает метаболизм глюкозы, повышая чувствительность периферических тканей к действию инсулина.

 Для лечения сахарного диабета назначен сахароснижающий препарат из группы сульфонилмочевины ДИАБЕТОН МВ 0, 03 по 1 табл. 2 раза в день. Механизм действия заключается в стимуляции секреции инсулина, препарат допустим к применению у больных с диабетической нефропатией.

 Для лечения обострения хронического пиелонефрита назначен НИТРОКСОЛИН 0.05 по 2 табл. 4 раза в день. Препарат группы хинолинов эффективен в отношении E.coli, обладает незначительной нефротоксичностью.

**Прогноз**

 Сомнительный прогноз для жизни у пациентки обусловлен пожилым возрастом, наличием сахарного диабета, передней локализацией ИМ, отсутствием проведения мероприятий по реперфузии миокарда.

**Эпикриз**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*78 лет поступила в кардиологическое отделение ОКБ 3.10.04 экстренно в порядке "скорой помощи" с предварительным диагнозом: острый инфаркт миокарда. На догоспитальном этапе оказана помощь: Sol. Magnesii sulf. 50%- 2 ml., Sol. Dimedroli 1%- 1 ml., Sol. Platyphyllini 0,01%- 1ml. внутривенно. Жалобы при поступлении на боли сжимающего характера, интенсивные с иррадиацией в левую руку и лопатку, длительностью боле 15 минут, которые не купировались приемом нитроглицерина (3 таблетки), общую слабость.

 Из анамнеза: пациентка в течение многих лет страдает ИБС, ГБ; указанные боли возникли после тяжелой физической нагрузки накануне.

В стационаре проведены следующие исследования: ОАК, ОАМ, Б/хАК, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ, гликемический профиль, анализ мочи по Нечипоренко.

Диагноз поставлен на основании вышеизложенных жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра (Ттела- 37,5, акроцианоз губ; в нижнебоковых отделах левого легкого выслушиваются единичные влажные хрипы; тоны сердца приглушены, I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на легочной артерии, систолический шум на верхушке), лабораторных данных (СОЭ 35 мм/час, МВ-КФК 132 МЕ/л, общ. фибриноген 4.0 г/л и фибриногена В"+") и подтвержден на

ЭКГ от 3.10.04 в 10.00 - подъем сегмента ST в V1 – V5 , a-v блокада I ст. (PQ- 0,24 c); в 11.30- комплексы типа QS в V1 – V2, подъем сегмента ST V1 –V6, формируются (-) зубцы Т, a-v блокада I степени (PQ- 0,28 с).

 **Основное заболевание:**

**ИБС: острый крупноочаговый передний инфаркт миокарда,**  **а-v блокада I ст.**

**Осложнение основного заболевания: ОСН: Killip II ст.**

**Фоновое заболевание**: Гипертоническая болезнь III ст., риск 4 (очень высокий).

 Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, ст. декомпенсации.

**Сопутствующая патология**: Хронический пиелонефрит, стадия обострения, ХПН (0)

 Пациентка получала следующую терапию: стол №9 с элементами №10; ГЕПАРИН, ИЗОКЕТ, НИТРОСОРБИД, АСПИРИН-КАРДИО, ЭНАЛАПРИЛ, НИТРОКСОЛИН, ДИАБЕТОН МВ.

 В результате лечения наблюдалась отчетливая положительная динамика: ангинозные боли не возникали, уменьшилась слабость, на ЭКГ закономерная динамика инфаркта: смещение сегмента ST к изолинии, формирование (-) зубцов Т, интервал PQ уменьшился до 0,22 с.; снизилось АД до 125/85 мм рт.ст..

 В лечении обострения хр. пиелонефрита динамика положительная: в АМ по Нечипоренко 18.10.04 уменьшение количества лейкоцитов до 2500 в мл (6.10.04 лейкоцитов 13750 в мл).

 Пациентка выписывается из стационара с улучшением состояния с рекомендациями:

1. Наблюдение у терапевта, кардиолога, эндокринолога.
2. Регулярный контроль артериального давления,
3. Контроль глюкозы крови не реже 1 раза в 3 месяца
4. Ежегодно контроль креатинина и мочевины крови, липидного спектра сыворотки, белок в моче за сутки, осмотр глазного дна.
5. Диета с ограничением легкоусвояемых углеводов (сладости, мед, сладкие напитки). Основной состав пищи по количеству калорий - сложные углеводы 50-60% (макаронные изделия, крупы, картофель, овощи, фрукты), насыщенные жиры < 10% (молоко, сыр), полиненасыщенные жиры< 10% (маргарин, растительное масло), белки <15% (рыба, мясо, птица, кефир, молоко, сыр, творог). Рекомендуются продукты богатые клетчаткой. Ограничение приема поваренной соли 3 г/сут. Пища принимается 5-6 раз в день.
6. Ограничение физической нагрузки, достаточный отдых и сон.

**Литература.**

1. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.6.-М.: Мед. лит.,2001 – 512 с.
2. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Т.3, кн.1.-М.: Мед. лит.,2002 – 464 с.
3. Внутренние болезни: Учебник: В 2 т. / Под ред. Мартынова А.И., Мухина Н.А., Моисеева В.С. – М.: ГЭОТАР-МЕД,2001.-Т.1 -600 с.
4. Мурашко В.В., Струтынский А.В.Электрокардиография: Учебное пособие – М.: МЕДпресс, 2000. – 312с.
5. Тетенев Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней.- Томск.,Издательство ТГУ,1995. 319 с.
6. Р.Хэгглин. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Москва 1997г.
7. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агенство, 2001. –606с.