

митрального и трикуспидального). Фракция выброса у всех больных была в пределах 45–60%. Контрольную группу составили 12 практически здоровых лиц в возрасте 20–26 лет ($23,3 \pm 0,6$): 5 мужчин и 7 женщин.

Для измерения ВСР применяли прибор «БиоМышь» компании «НейроЛаб», подключенный к компьютеру, прибор регистрировал пульсовую фотоплетизмограмму с пальца пациента в течение 5–7 минут (400 интервалов NN). Использовали показатели: NN-интервалы между смежными комплексами QRS; SDNN (стандартное отклонение NN-интервалов), RMSSD (квадратный корень средних квадратов разницы между смежными NN). Частотный анализ ВСР включал определение LF (низкочастотных модуляций) и HF (высокочастотных модуляций), отношение LF/HF. Регистрировали ВСР до и после 6-минутной пробы с ограниченной физической нагрузкой – ходьбой по кабинету в удобном для больного умеренном темпе.

Результаты и обсуждение

Расстояние, пройденное больными при проведении пробы с ограниченной физической нагрузкой, составило 220 ± 40 м (284 ± 12). Это соответствует III–II функциональному классу ХСН [2]. Здоровые лица преодолели расстояние 360 ± 40 м (395 ± 6). Субмаксимальные нагрузки не применялись. В группе больных ХСН выявлен низкий уровень SDNN в сравнении с контрольной группой, как до нагрузки ($33,25 \pm 2,70$ мсек против $63,42 \pm 6,18$ мсек у здоровых, $p < 0,001$), так и после нее ($35,75 \pm 3,02$ мсек против $58,25 \pm 5,79$ мсек, $p < 0,01$). Показатель RMSSD до нагрузки был достоверно ниже в группе боль-

ных по сравнению со здоровыми ($517,45 \pm 48,57$ мсек против $766,83 \pm 60,00$ мсек, $p < 0,01$). После нагрузки достоверного различия RMSSD между группами не выявлено. Уровень HF в группе больных ХСН достоверно снизился после нагрузки по сравнению с контрольной группой ($31,89 \pm 1,73\%$ против $41,27 \pm 2,92\%$, $p < 0,05$). До нагрузки показатели HF, LF в обеих группах достоверно не различались.

Низкий уровень SDNN как до, так и после нагрузки в группе больных ХСН может рассматриваться как прогностически неблагоприятный, так как обычно ассоциируется с увеличением риска фатальных исходов. Снижение высокочастотных модуляций ВСР у больных ХСН до нагрузки по показателю RMSSD и после нагрузки по показателю HF указывает на преобладание симпатической активности над парасимпатической у больных в сравнении со здоровыми лицами. Это, по-видимому, отражает в определенной степени тяжесть ХСН, так как ее прогрессирование связано нередко с активацией симпатических влияний [1].

Заключение

Выявленные по результатам настоящей работы изменения ВСР у больных с ХСН, вероятно, указывают на патологическое преобладание симпатической активности до и после ограниченной нагрузки и в определенной степени характеризуют тяжесть состояния пациентов. Учитывая простоту методики и ее хорошую воспроизводимость, мы предполагаем, что мониторинг ВСР будет полезным для оценки возможностей расширения нагрузок у больных ХСН с целью реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вариабельность сердечного ритма. Стандарты измерения, физиологической интерпретации и клинического использования. Рабочая группа Европейского Кардиологического Общества стимуляции и электрофизиологии// Вестник аритмологии.-1999.-№ 11.-С.52-77.
2. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (второй пересмотр). Комитет по подготовке текста рекомендаций: Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Глезер М.Г., Мареев В.Ю., Ревиншвили А.Ш.// Сердечная недостаточность.- 2006.- Том 7.- № 2.-С.52-78.
3. Binkley P.F., Haas G.J., Starling R.C. et al. Sustained augmentation of parasympathetic tone with angiotensin converting enzyme inhibitor in patients with congestive heart failure// J. Am. Coll. Cardiol.-1993.-Vol.21.-P.655-661.
4. Martin G.J., Magid N.M., Myers G. et al. Heart rate variability and sudden death secondary to coronary artery disease during ambulatory ECG monitoring// Am. J. Cardiol.-1986.-Vol.60.-P.86-89.
5. Saul J.P., Aral Y., Berger R.D. et al. Assessment of autonomic regulation in chronic congestive heart failure by the heart rate spectral analysis// Am. J. Cardiol.-1988.-Vol.61.-P.1292-1299.
6. Singer D.H., Ori Z. Changes in heart rate variability associated with sudden cardiac death// In: Malik M., Camm A.J., eds. Heart rate variability. Armonk: Futura.-1995.-P.429-448.

УДК 616.12-009.72-055.1

РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

О. Ю. Сосина, О. А. Козырев

ГОУ ВПО СГМА, кафедра госпитальной терапии

Резюме

Изучены эпидемиологические особенности гипергомоцистеинемии, взаимосвязь между гипергомоцистеинемией и атеросклеротическими изменениями периферических артерий. Выявлены высокие уровни общего гомоцистеина как независимого фактора атеросклероза у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Ключевые слова: гомоцистеин, гипергомоцистеинемия, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца.

HYPERHOMOCYSTEINEMIA ROLE IN DEVELOPMENT OF ISCHEMIC HEART DISEASE

O. Yu. Sosina, O. A. Kozyrev

Summary

Epidemiological features of hyperhomocysteinemia, interrelation between hyperhomocysteinemia and atherosclerotic changes of peripheral arteries were studied. High levels of total homocysteine as independent risk factor of atherosclerosis at patients with ischemic heart disease were demonstrated.

Key words: homocysteine, hyperhomocysteinemia, atherosclerosis, ischemic heart disease.

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ) прочно держат первенство в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности во многих странах мира, на их долю приходится более половины общей смертности [3]. Научной концепцией профилактики ССЗ остается концепция факторов риска (ФР), под которыми понимают факторы, связанные с развитием и прогрессированием заболевания. В последние годы расширились представления о ФР ИБС, и наряду с хорошо известными причинами в настоящее время как один из возможных предикторов ИБС рассматривается гипергомоцистеинемия (ГГЦ) [5].

Цель исследования: выявление влияния уровня гомоцистеина плазмы крови на формирование ишемической болезни сердца у мужчин трудоспособного возраста.

Материалы и методы

В исследование включены 62 мужчины в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст – 52,95 лет) с ИБС, из которых у 26 мужчин была диагностирована нестабильная стенокардия (НС) (1-я группа) и у 36 мужчин – стабильная стенокардия напряжения (ССН) I-III ФК (2-я группа). Контрольную группу (3-я группа) составили 20 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст – 50,45 лет) без клинических проявлений ИБС.

Обследуемые группы были сопоставимы по возрасту и сопутствующим заболеваниям, которые у всех обследованных находились в фазе ремиссии, не оказывали существенного влияния на общее состояние больных, не требовали назначения лекарственных препаратов.

У всех респондентов помимо общеклинического (сбор жалоб, анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), лабораторного (общий анализ крови, глюкоза, креатинин, мочевины крови) и электрокардиографического обследований были исследованы показатели липидограммы, уровень ГЦ плазмы крови, проведено ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий (на аппарате Philips EnVisor (США) линейным датчиком с ультрашироким диапазоном частот (5–12 МГц), функциональная проба с реактивной гиперемией (РГ) плечевой артерии (ПА) для определения вазодилатирующей функции эндотелия.

Обработка данных проводилась с помощью критерия χ^2 с последующим определением уровня достоверности – p , определение связи между переменными проводилось с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

В норме у взрослых людей уровень ГЦ должен быть меньше 15 мкмоль/л. ГГЦ диагностируют при превышении уровня ГЦ выше 15 мкмоль/л.

Результаты исследования

В нашем исследовании ГГЦ (уровень ГЦ плазмы крови >15 мкмоль/л) была выявлена у 30 из 82 обследованных мужчин, что составило 36,6%. При этом ГГЦ наблюдалась у 4 респондентов контрольной группы (20%) и у 26 пациентов с ИБС – в 42% случаев ($p < 0,01$). Полученные результаты сопоставимы с данными Г. И. Костюченко, 2004 г. [2], однако в Европе частота ГГЦ составляет 5–7% в общей популяции [4]. Данные различия, вероятно, обуславливаются более высоким уровнем жизни и развитой пропагандой здорового образа жизни в европейских странах, а соответственно более высоким потреблением в пищу продуктов, содержащих ви-

тамины группы В и фолиевую кислоту, а также пищевых добавок. Кроме того, возможна различная частота генетических аномалий ферментов, участвующих в обмене ГЦ.

В группе больных НС ГГЦ была выявлена более, чем у половины обследованных (61,5%), при этом количество мужчин с ГГЦ в 3 раза превысило число респондентов с ГГЦ в контрольной группе. У пациентов 2-й группы повышенные значения ГЦ плазмы крови наблюдались у 10 обследованных (27,8%), что выше, чем в контрольной группе, но ниже, чем у больных 1-й группы.

Анализ показал, что у больных ИБС концентрация ГЦ плазмы крови была достоверно выше и составила 11,525 мкмоль/л, что на 22% превышало среднее значение в контрольной группе (9,45 мкмоль/л) ($p < 0,05$). Определенный практический интерес представляет проведенный анализ значений концентраций ГЦ плазмы крови в зависимости от формы ИБС. В большинстве исследований наблюдались либо пациенты с инфарктом миокарда, либо не проводилось деление ИБС на формы. В нашей работе у лиц контрольной группы медиана концентрации ГЦ плазмы крови составила 9,45 мкмоль/л, у мужчин со ССН – 9,55 мкмоль/л, у лиц с НС – 15,5 мкмоль/л. С одной стороны, не было обнаружено статистически достоверной разницы между содержанием ГЦ в плазме крови у мужчин без проявлений ИБС и лиц со ССН. Однако, что более существенно, нами были выявлены отличия среднего уровня ГЦ плазмы крови больных НС по сравнению как с респондентами контрольной группы, так и пациентами со ССН. Эти результаты могут свидетельствовать о возможной дестабилизации течения ИБС и возможном переходе ССН в НС с увеличением уровня ГЦ плазмы крови. Кроме того, уровень ГЦ у пациентов с НС превышал нормальные значения концентрации ГЦ плазмы крови, соответствуя ГГЦ, и, таким образом, при обнаружении ГГЦ необходимо более пристальное наблюдение за пациентом во избежание пропуска утяжеления течения ИБС, возможно более «агрессивное» лечение.

Нами проанализированы у обследованных респондентов уровни общего холестерина (ОХ) и его фракций и их корреляция с концентрацией ГЦ плазмы крови. Среднее значение ОХ в группе пациентов с НС составило $6,34 \pm 1,28$ ммоль/л, что выше, чем у пациентов 2-й группы – $6,00 \pm 1,07$ ммоль/л и у лиц контрольной группы – $5,07 \pm 0,77$ ммоль/л ($p < 0,05$). Таким образом, в пределах нормальных значений средний уровень ОХ находился только у лиц контрольной группы. В результате проведенного анализа не обнаружено связи между показателями липидограммы и уровнем ГЦ плазмы крови.

Нами была проанализирована частота встречаемости ГГЦ у респондентов с ГХС и пациентов с нормальными показателями липидограммы. ГГЦ определялась у 34% лиц с ГХС и у 43% респондентов без ГХС, однако данные различия недостоверны ($p > 0,05$).

Большинство иностранных ученых отмечают повышение концентрации ГЦ у курящих [6], чего не обнаружено в нашей работе. Возможно, это связано с широким распространением курения в России, в том числе в общественных местах, что обуславливает наличие «пассивного курения».

Проведенный анализ показал отсутствие взаимосвязи концентраций ГЦ плазмы крови и распространенности ГГЦ

с другими ФР ИБС, такими как артериальная гипертензия, гиподинамия, злоупотребление алкоголем, отягощенная в отношении ИБС наследственность и избыток массы тела. Нами не выявлено связи между ними и ГГЦ.

Таким образом, мы не обнаружили взаимосвязи между концентрацией ГЦ плазмы и традиционными факторами риска ИБС, что может говорить о ГГЦ как независимом, несвязанном с другими ФР предикторе развития ИБС.

При ультразвуковом дуплексном сканировании артерий каротидного бассейна у 65% больных ИБС выявлялись атеросклеротические изменения в виде изолированного утолщения комплекса интима-медиа (КИМ) (24%) и наличия атеросклеротических бляшек (АСБ) на фоне или без утолщения КИМ (41%), тогда как в контроле атеросклеротическое поражение было обнаружено только у 20% ($p<0,001$) – утолщение КИМ в 15% и атеросклеротические бляшки в 5% случаев. Важным критерием проявлений атеросклероза являются его наиболее ранние признаки в виде утолщения КИМ. В нашем исследовании не было выявлено различий в частоте их встречаемости. Однако количественное определение толщины КИМ показало достоверные различия между лицами контрольной группы и мужчинами с НС (табл. 1).

Таблица 1. Толщина комплекса интима-медиа в группах респондентов с нестабильной стенокардией, стабильной стенокардией напряжения, контрольной ($M\pm m$)

Группа обследованных	Толщина КИМ в общей сонной артерии, мм	
	справа	слева
1-я группа (n=26)	1,009 $\pm$ 0,040	1,014 $\pm$ 0,040
2-я группа (n=36)	0,941 $\pm$ 0,030	0,958 $\pm$ 0,030
3-я группа (n=20)	0,836 $\pm$ 0,050*	0,846 $\pm$ 0,050*

Примечание: разница между 1-й и 3-й группами: * – $p<0,05$

В ходе исследования перед нами стояла задача оценить проявления атеросклероза у лиц с ГГЦ. Полученные данные выявили следующие особенности:

- наблюдается статистически достоверная разница между частотой выявленных признаков атеросклероза у респондентов с ГГЦ (73%) и нормальным значением ГЦ плазмы крови (42%) ($p<0,01$);

- из обнаруженных атеросклеротических изменений в обследованных артериях у респондентов с ГГЦ в 2,5 раза чаще встречались АСБ (53%), и одинаково часто регистрировалось утолщение КИМ (20%) по сравнению с пациентами с нормальной концентрацией ГЦ плазмы крови.

Но при анализе величины КИМ (табл. 2) было обнаружено ее достоверное увеличение в группе пациентов с ГГЦ по сравнению с мужчинами без ГГЦ. Полученные данные могут свидетельствовать о наличии в группе лиц без проявлений ИБС, но с ГГЦ доклинической стадии атеросклероза.

Таблица 2. Толщина комплекса интима-медиа в группах респондентов с гипергомоцистеинемией и нормальной концентрацией гомоцистеина плазмы крови ($M\pm m$)

Уровень ГЦ	Толщина КИМ в общей сонной артерии, мм	
	справа	слева
Норма	0,800 $\pm$ 0,012	0,801 $\pm$ 0,02
ГГЦ	1,249 $\pm$ 0,15***	1,201 $\pm$ 0,015***

Примечание: *** – $p<0,001$

В последние годы считается, что важную, возможно, ведущую роль в развитии и прогрессировании атеросклероза играет эндотелиальная дисфункция (ЭД) [1]. Наиболее ранним ее проявлением является нарушение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД), которое можно обнаружить с помощью пробы реактивной гиперемии на модели плечевой артерии.

В нашем исследовании ЭД в контрольной группе встречалась в 15% случаев: у 10% – уменьшение дилатации, у 5% – парадоксальная вазоконстрикторная реакция. Средний показатель ЭЗВД у респондентов без проявлений ИБС составил 10,153 $\pm$ 1,368%, что соответствует нормальным значениям. Эндотелиальная дисфункция регистрировалась у 65,4% больных ИБС: у 80,8% пациентов с НС и у 50% – со ССН. Снижение ЭЗВД наблюдалось у 53,9% мужчин с НС и у 33,3% – со ССН, а парадоксальная вазоконстрикция – у 28,9 и 16,7% соответственно. Таким образом, были выявлены достоверные различия как между практически здоровыми лицами и мужчинами с ИБС, так и между больными со ССН и НС и контрольной группой. Средние значения ЭЗВД составили 5,924 $\pm$ 1,020% у пациентов со ССН и 3,480 $\pm$ 1,200% у респондентов с НС, которые меньше как физиологической величины, так и показателей контрольной группы. Представленные данные подтверждают предположения о том, что ЭД является не только наиболее ранней фазой повреждения сосуда, но и способствует дестабилизации течения ИБС.

В литературе встречаются подтверждения патологического влияния на эндотелий ГЦ *in vitro*, но практически отсутствуют данные об ЭЗВД *in vivo* у лиц с ГГЦ.

Анализ полученных данных показал, что величины ЭЗВД у пациентов с ГГЦ находились в диапазоне от -14,8 до +19%, а у мужчин с нормальным уровнем ГЦ колебались от -5,6 до +20,0%. Медианные значения ЭЗВД составили 5,2% у респондентов с ГГЦ и 8,65% – у лиц без нее, различия статистически значимы ($p<0,05$). Таким образом, у пациентов с ГГЦ значение эндотелий-зависимой вазодилатации было меньше физиологической величины, тогда как у респондентов с нормальной концентрацией ГЦ плазмы крови медиана ЭЗВД находится в диапазоне нормальных значений.

Наше исследование показало и достоверные различия в распространенности ЭД у мужчин с ГГЦ и нормальной концентрацией ГЦ плазмы крови. Нормальная эндотелиальная функция регистрировалась у 31 респондента (59,6%) с нормальным содержанием ГЦ плазмы крови и всего у трети мужчин с ГГЦ – у 10 мужчин (33,3%), различия достоверны ($p<0,05$). Снижение ЭЗВД встречалось у 14 пациентов без ГГЦ (26,9%) и у 14 мужчин (46,7%) с повышенной концентрацией ГЦ плазмы крови, а парадоксальная вазоконстрикция – у 7 (13,5%) и 6 (20%) респондентов соответственно. Различия между характером распределения эндотелиальной дисфункции статистически недостоверны.

Выводы

Гипергомоцистеинемия – это распространенное нарушение обмена аминокислот, встречающееся у мужчин трудоспособного возраста с частотой 36,6%: у практически здоровых – в 20%, у больных ИБС – в 42% случаев (у пациентов с нестабильной стенокардией – 61,5%, у больных стабильной стенокардией напряжения – 27,8%). Среднее содержание ГЦ плазмы крови у здоровых мужчин составило 9,45 мкмоль/л, у больных ИБС – 11,525 мкмоль/л. Не выявлено связи между ГГЦ и такими факторами риска ИБС, как артериальная гипертензия, ожирение, курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни, нарушенная толерантность к углеводам. У лиц с ГГЦ чаще выявлялись признаки атеросклеротического поражения сонных артерий – в 73% случаев, тогда как у лиц без гипергомоцистеинемии в 42% случаев. Толщина КИМ общих сонных артерий достоверно больше

определялась у респондентов с ГГЦ, чем без нее. Наиболее ранние атеросклеротические изменения в виде эндотелиальной дисфункции, выявленной с помощью пробы реактивной

гиперемии на модели плечевой артерии, чаще обнаруживались у лиц с ГГЦ – в 67% случаев, а у респондентов с нормальным уровнем ГЦ плазмы крови – в 40% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.Б., Стулин И.Д. Атеросклероз сонных артерий: новые технологии диагностики, лечения и профилактики отдаленных последствий // Российские медицинские вести. – 2004. – № 2. – С. 57-61.
2. Костюченко Г.И. Гипергомоцистеинемия при коронарной болезни сердца в условиях Западной Сибири (диагностика, частота, связь с маркерами воспаления и повреждения эндотелия, фармакологическая коррекция): Дисс. ... д-ра мед. наук. – Барнаул, 2004. – 120 с.
3. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России // Кардиология СНГ. – 2003. – № 1. – С. 12-16.
4. Andersson A., Brattstrom L., Israelsson B. et al. Plasma homocysteine before and after methionine loading with regard to age, gender, and menopausal status. // Eur. J. Clin. Invest. – 1992. – 22. – 79-87.
5. 27th Bethesda Conference: matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary heart disease / Pasternak R.C., Grundy S.H., Levy D., Thompson P.D. // J. Am. Coll. Cardiol. – 1996. – Vol. 27. – P. 978-990.
6. Cattaneo M. Hyperhomocysteinemia: an important risk factor for cardio-vascular disease? Potentially, yes. // J. Thromb. Haemost. – 2003. – Vol. 1. – P. 1878-1879.

УДК 616.126-002-071-08

КЛИНИЧЕСКИ НЕРАСПОЗНАННЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

О. И. Удовикова¹, Е. В. Иванishкина¹, Л. С. Хибин¹, Н. С. Степанова²,
Н. В. Прудникова³, Л. А. Петроченкова

¹ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра пропедевтики внутренних болезней

²ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФПК и ППС

³ОГУЗ Смоленская областная клиническая больница

Резюме

Приведены статистические данные, подтверждающие рост заболеваемости инфекционным эндокардитом, высокую летальность при данной патологии. Обращено внимание на трудности в распознавании инфекционного эндокардита. Описано клиническое наблюдение неverified при жизни инфекционного эндокардита.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, трудности диагностики, клиническое течение.

CLINICALLY NOT RECOGNIZED INFECTIOUS ENDOCARDITIS

O. I. Udovikova¹, E. V. Ivanishkina¹, L. S. Khibin¹, N. S. Stepanova²,
N. V. Prudnikova³, L. A. Petrochenkova

Summary

The statistical data confirming growth of disease infectious endocarditis, high mortality are cited at the given pathology. It is paid attention to difficulties in recognition infectious endocarditis. Clinical supervision not verified during lifetime of infectious endocarditis is described.

Key words: infectious endocarditis, difficulties of diagnostics, clinical course.

В последние годы во многих странах мира отмечается рост заболеваемости инфекционным эндокардитом (ИЭ). Среди европейских стран наиболее высокая заболеваемость регистрируется в Швеции – 59 человек на 1 млн. населения; в России достигает 46,3; при этом пациенты старше 60 лет составляют 45% болеющих [4].

ИЭ всегда был трудно диагностируемым заболеванием. При первом обращении к врачу правильный диагноз ставится лишь у 19–34,2% больных. При жизни он не распознается у 13,3–14,8% пациентов [1]. Диагностические ошибки часто обусловлены многообразием клинических проявлений заболевания, наличием «масок» с преобладанием экстракардиальных симптомов на начальном этапе болезни, развитием ранних и тяжелых осложнений, приводящих к гибели больных еще до распознавания ИЭ. Внутрибольничная смертность от данной патологии достигает 44%, а при определенных этиологических вариантах – 70–80% [4]. Наиболее частыми из церебральных осложнений ИЭ являются эмболические инфаркты мозга, наблюдаемые в 23,6–64,6% случаев [2]. Больным с церебральными эмболиями первоначально ставят диагноз

нарушения мозгового кровообращения (в 65%), а лишь затем диагностируют ИЭ [2], нередко лишь при аутопсии. Сказанное подтверждает наше наблюдение.

Больная Ш. 52 лет (история болезни № 18859) была доставлена в Смоленскую областную клиническую больницу в тяжелом состоянии. На вопросы отвечала неадекватно, что сделало невозможным сбор анамнеза. Со слов сопровождавших ее родственников, около 3 недель лечилась в районной больнице, состояние расценивали как ОНМК. Наблюдалось ухудшение зрения, повышение температуры тела до 38,5° С, в последние дни появились одышка и неадекватности в поведении (возбуждение и дезориентация), несмотря на проводимую терапию, включающую и антибиотики широкого спектра действия. В течение многих лет страдала бронхиальной астмой, хроническим бронхитом, отитом и пиелонефритом, артериальной гипертензией, год назад выявлен сахарный диабет.

При физическом исследовании: сознание спутанное (не ориентируется в пространстве и во времени), положение вынужденное (лежа на правом боку), акроцианоз, температура тела 38,3° С, небольшие отеки голеней, дыхание ослабленное