История болезни

Артериосклероз артерий конечностей, осложненный ИБС, безболевой ишемии миокарда

1. Паспортные данные

. Больной: ФИО

. Пол: муж

. Возраст: 55 лет.

. Место жительства: г. Ростов-на-Дону.

. Профессия и специальность: Пенсионер, инвалид 2гр

. Место работы: ооо Эскорт

. Дата и время поступления в стационар:27.04.13

. Кем направлен (доставлен): МЗКБР

. Аллергологический анамнез: не отягощен.

. Гемотрансфузии: не было.

. Группа крови AB (!!)

. Клинический диагноз

. Основной: атеросклероз, окклюзия обейх подвздошных артерий (IIIстадии)

. Сопутствующие заболевания: ИБС, безболевая ишемия миокарда осложнения, хроническая ишемия нижних конечностей (IIIстепень)

Название операции: повздошно-бедренное шунтирование с использованием синтетического протеза.

. Жалобы

При поступлении: постоянные выраженные боли в покое, чувство онемения, зябкости обейх конечностей, затруднение ходьбы в связи с интенсивными болями, нарушение сна (спал в вынужденном положении- свесив левую ногу с кровати), снижение аппетита, общая слабость,быстрой утомлаемость

4. Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3-х лет когда впервые отметил появление болей в правой икроножной мышце при ходбе на 500метров, стало беспокоить чувство онемения, зябкости в левой стопе и голени, быстрая утомляемость ног. За медицинской помощью не обращался, самолечением не занимался. Через некоторое время самочувствие стало ухудшаться (боли стали интенсивнее, пациент не мог пройти без остановки более 100м).Постепенно дистанция безболевой ходбы уменщилась до 20метров, стали беспокойт боли в покое.Обратился в консультативной поликлинику РостГМУ.Осмотрен сосудистым хирургом.Выполнено УЗИ артерий нижних конечносией при котором отмечено окклюзия общих подвздошных артерий с обеих сторон

. Анамнез жизни

Рос и развивался в соответствии с возрастом и полом. Женат, имеет двое детей. Проживает в местности благополучной в экологическом, радиационном, эпидемиологическом отношениях, в благополучной квартире. Правила личной гигиены соблюдает стойко. В контакте с инфекционными больными не был. В другие местности за последнее время не выезжал. Наследственный анамнез не отягощён.

С 20-летнего возраста редко употребляет алкогольные напитки в небольшом количестве. Ежегодно болеет ОРЗ, ангиной, длительностью не более 1нед. Брюшинным тифом и дизентерией не болеет.

Указаний на туберкулёз в анамнезе нет, венерические заболевания у себя отрицает. Инфицирование ВИЧ и вирусами гепатита не установлено. Аллергических реакций на пищевые продукты, температурные факторы, лекарственные средства в анамнезе не выявлены.

В 1986году у него был перелом позвоночника.

В 2006-операции по поводу язвы желудок.

. Данные объективного исследования

Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений. Конституционный тип телосложения- нормостенический.

Упитанность умеренная. Рост 175 см. Масса тела 74кг. Температура тела 36,7 С, пульс 86 в минуту, ЧДД 14 в минуту.

Кожные покровы (за исключением кожных покровов нижних конечностей) бледной окраски, влажные. Тургор тканей и эластичность снижено. Выраженного цианоза, иктеричности не наблюдается. Патологической потливости отмечено не было.

Волосяной покров развит соответственно возрасту. Оволосение по мужскому типу. Грибкового поражения не отмечено. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отёки не выявлены. Послеоперационный рубец на животе без особенностей.

Пальпируются тонзиллярные, подчелюстные, шейные лимфоузлы единичные, подвижны, безболезненны, мягкоэластической консистенции.

Мышцы развиты умеренно, безболезненны; сила и тонус их снижены. Суставы обычной конфигурации, активные и пассивные движения в них в полном объме.Мягкие ткани в области суставов не изменены. Пальпации над областью суставов безболезненна. Глазные яблоки, коньюктивы, склеры, зрачки, веки и околоорбитальная клетчатка неизменённые. Щитовидная железа не визуализируется, не видна при глотании, не пальпируется.

Система органов дыхания

Носовая перегородка не искривлена. Носовое дыхание сохранено ,свободное через обе половины носа .На проекции придаточных пазух носа болезненности нет. Гортань обычная, ощупывание безболезненное.

Грудная клетка нормостеническая, симметричная, обе половины её участвую в акте дыхание.

Пальпация: грудная клетка безболезненная, голосовое дрожание не изменено.

Перкуссия: сравнительная: над проекцией лёгких- лёгочный звук.

Топографическая: подвижность нижних краёв легких в норме

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | справа | слева |
| l. parasternalis | 4 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 5 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 6 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 7 ребро | 9ребро |
| l.axillaris posterior | 8 ребро | 9 ребро |
| l.scapularis | 19 межреберье | 10 межреберье |
| l/paravertebralis | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| Спереди | 3,5 см | 3,5 см |
| Со спины | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краёв.

Справа: 3-5-3 см

Слева: 5-4 см

Аускультация легких: патологических шумов не выявлено. Над правой половиной грудной клетки дыхание несколько ослаблено.

Сердечно-сосудистая система.

Область сердца не изменена. Сердечный толчок не виден. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Пальпация: пульс 86/ мин, синхронный, одинаковый на обеих руках, ритмичный, мягкий, малый, не ускорен, равномерный, дефицита пульса нет, сосудистая стенка плотная, извилистая.

Перкуссия: границы относительной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| Граница | местонахождение |
| Правая | На 0,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| Верхняя | В 3 межреберье у лево края грудины |
| Левая | На 5 см кнаружи от срединно-ключичной линии в 5 межреберье. |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | У левого края грудины в 4 межреберье |
| Верхняя | У левого края грудины на 4 ребре |
| Левая | На 2 см кнутри о срединно-ключичной линии в 5 межреберье |

Аускультация: ритм сердечных сокращений правильный. Тоны сердца ясные, звучные, негромкие.

Артериальное давление: систолическое- 130 мм рт. ст.

диастолическое - 80 мм рт. ст.

Пищеварительная система.

Слизистая полости рта, небных дужек, задней стенки глотки - розовая. Язык влажный с беловатым налетом. Сосочки развиты хорошо. Десны розового цвета, без кровоточивости и язв. Миндалины не выступают из-за небных дужек. Глотание не нарушено. Прохождение жидкой и густой пищи по пищеводу свободное.

Живот нормальной формы, симметричен. Брюшная стена участвует в акте дыхания

При поверхностной пальпации брюшная стенка безболезненная, ненапряженная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождение прямых мышц живота нет.

Патологические образования в брюшной полости не найдены.

Над всей поверхностью- тимпанический звук, болезненность, напряжение стенки живота, флюктуации отсутствуют.

Желудок: большая кривизна на 3 см выше пупка, в виде ровного плотно- эластического цилиндра. Привратник не пальпируется.

Аускультация: перистальтика умеренной силы, шум, трение брюшины и сосудистые шумы не прослушиваются.

Печень. При осмотре печень не увеличена. При перкуссии: границы печени: верхняя- 7 межреберье по срединноключичной линии, нижняя- на 0,5 см ниже реберной дуги.

Болезненность при перкуссии и поколачивании отсутствуют.

Опредление границ печени по Курлову:

По срединной линии- 5,5см

По среднеключичной- 9см

По передней подмышечной- 10см

При пальпации край печени - острый, безболезненный, мягкоэластический, поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Точка желчного пузыря безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется. На проекции поджелудочной железы, в точке Мейо-Робсона болезненности нет.

Селезенка. Видимого увеличения нет. Селезенка не пальпируется. При перкуссии селезенки по Сали перкуторные границы селезенки определяются: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберьях по средней подмышечной линии.

Мочевыделительная система.

Поясничная область не изменена, кожа и мягкие ткани её обычные, почки и мочевой пузырь не пальпируются.

Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом Пастернацкого не выявляется. Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

Эндокринная система.

Нарушения роста и пропорциональности частей тела нет. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

Нервная система.

Сознание ясное, интеллект нормальный.Пациент общителен, зрачки в норме, живо реагируют на свет. Явных признаков поражения нервной системы нет. Тактильная, болевая чувствительность и координация движений сохранены. Расстройств речи нет. Судорог нет. Походка несколько скованная, больной делает остановки при ходьбе. Рефлексы сохранены, парезов, параличей нет.

Местный статус (Status localis)

Нижние конечностей симметричные,не отечны,кожные покровы сухие,эластичность снижен на обейх конесностей .На левой нога волосясной покров скудный,ногтевой пластины деформированы .Подкожная сеть не расширена. Чувствительность на левой нога снижено. Кожные покровы в области левой голени и стопы бледные,прохладные на ощупь. Симтомы Плантарной ишемии Оппеля, Самюельса, Гольдфлама, Панченко-положительные с обейх сторон. Пульсации на общая бедренная артерий с обейх сторон, артерий dorsalis perdis и артерий tibialis posterior с обейх сторон не определяются.

. Предварительный диагноз и его обоснование

На основание жалобы при поступлении: на постоянные выраженные боли в покое, чувство онемения, зябкости обейх конечностей, затруднение ходьбы в связи с интенсивными болями, нарушение сна (спал в вынужденном положении- свесив левую ногу с кровати), снижение аппетита, общая слабость,быстрой утомлаемость.

На данные анамнез; что считает себя больным в течение 3-х лет когда впервые отметил появление болей в правой икроножной мышце при ходбе на 500метров, стало беспокоить чувство онемения, зябкости в левой стопе и голени, быстрая утомляемость ног. За медицинской помощью не обращался, самолечением не занимался. Через некоторое время самочувствие стало ухудшаться (боли стали интенсивнее, пациент не мог пройти без остановки более 100м).Постепенно дистанция безболевой ходбы уменщилась до 20метров, стали беспокойт боли в покое.Обратился в консультативной поликлинику РостГМУ.Осмотрен сосудистым хирургом.Выполнено УЗИ артерий нижних конечностей при котором отмечено окклюзия общих подвздошных артерий с обеих сторон.

На данные объективного исследования; нижние конечностей симметричные,не отечны,кожные покровы сухие,эластичность снижен на обейх конесностей .На левой нога волосясной покров скудный,ногтевой пластины деформированы .Подкожная сеть не расширена. Чувствительность на левой нога снижено. Кожные покровы в области левой голени и стопы бледные,прохладные на ощупь. Симтомы Плантарной ишемии Оппеля, Самюельса, Гольдфлама, Панченко-положительные с обейх сторон. Пульсации на общее бедренное артерий, артерий dorsalis perdis и артерий tibialis posterior с обейх сторон не определяются. Установлен предварительной диагноза Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей (III стадии) .

8. План обследования

ОБЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Клинический анализ крови: группа крови,Rh- фактор -Общий анализ мочи. - Анализ крови на ВИЧ - инфекцию.. - ЭКГ -Биохимический анализ крови,Сахар крови. 2.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ.

Ангиография: Позволяет определить локализацию и протяженность патологического процесса, степень поражения артерий (окклюзия, стеноз), характер коллатерального кровообращения, состояние дистального кровеносного русла.

### ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ.

-Ультразвуковая допплерография; Дает возможность определить уровень атеросклеротической окклюзии и степень кровоснабжения дистальных отделов пораженной конечности. Регистрирует скорость магистрального кровотока, позволяет достоверно определить степень ишемии, (следовательно, степень нарушения регионарного кровообращения).

C целю оценки гемодинамики и определения тактики лечения больному показано УЗДИ;Аорты и подвздошных артерий;артерий нижних конечностей

### ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

-Исследование липидного обмена. С помощью лабораторной и расчетных оценок содержания в крови общего холестерина сыворотки крови (ОХС), ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП и триглицеридов делается заключение о типе гиперлипидемии или дислипопротеидемии, а также о коэффициенте атерогенности по А.Н. Климову (ОХС - ХС ЛПВП/ХС ЛПВП), дающих представление об атерогенной направленности липопротеидного метаболизма. Эти данные способствуют диагностике атеросклероза. Нормальные показатели: ОХС - менее 200 мг/дл (или 5,2 ммоль/л) Триглицериды - 200 мг/л (2,3 ммоль/л) ЛПВП (альфа-ЛП) - 35 мг/дл (0,9 ммоль/л) или 25% от ОХС Коэффициент атерогенности - 3.

КОНСУЛЬТАЦИЯ КАРДИОЛОГА;С целю исключения сопуствуюшей паталогии со стороне ССС.

. План лечения

1. Трентал 10мл вв капельно + физ раствор 09% 200мл

. Ацетил салициловая кислота 14 таб 500мг

.Анальгин 50% 2мл вм 1раз в день

.физиотерапия

Лабораторные, рентгенологические, инструментальные и аппаратные исследования.

Клинический анализ крови

Группа кровь-AB(второй),Резус(+)

ОБЩИИ АНАЛИЗ КРОВИ

Нв- 149,5 г/л,эритроциты- 4.35\*10 г/л,

Гематокрит -30.6 g/dl,цветной показатель- 1,04,

Лейкоциты -4.9\*10 u/k,

Лимфоциты-24.9,Моноциты-6.0,Гранулоциты-69.1

Эозинофилы -2,Базофилы - 0,Миелоциты-0,

Палочкоядерные нейтрофилы 8%, Сегментоядерные 58%,Моноциты 6%,

Лимфоциты 40%, СОЭ 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови общий билирубин-12.0,Прямой билирубин-3.5,Общий балок-59.0,Калий-5.0,

Натрий-142,Холестерин-4.89,Глюкозы-4.22.

БЕЛКОВЫЕ ФРАКЦИЙ:

Альбумин-68,

Альфа глобулин-12,бета глобулин-9,

гамма глобулин-11,А/Г

коэффициент-2,1.

КОАГУЛОГРАММА

Фазы вторичного гемостаза Результаты норма(c)

1 фаза АПТВ 2324-35

2фаза протромбиновое время 1525-15

МНО 1.090.89-1.33

фаза тромбиновое время 15 11-18

Фибриноген 400 2-4г/л

Общий анализ мочи: Цвет светло-желтый Прозрачность Полная Относительная плотность 1009 Реакция Кислая Сахар Отрицательно Белок Отрицательно Лейкоциты 1-2 в поле зрения. Эритроциты 0-1 в поле зрения

Кал на я/глистов - отрицательно.

Реакция Вассермана (RW) - отрицательно.

ВИЧ- отрицательно

УЗИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ;ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Ультразвуковые признаки выраженного распространенного атеросклероз артерий нижнйх конечностей.

Сосудистая стенка диффузно утолщена, склерозирована с множественными атеросклеротическими бляшками. Терминальный отдел брюшной аорты,общая подвздошная артерия с обейх сторон проходимо со множественными стенозамы.

С обейх сторон наружная подвздошная артерия-признаки окклюзия.

СПРАВА: Общая бедренная артерия,глубркая бедренная артерия,и подколенная артерия- проходимы со множественными стенозами.Общая бедренная артерия;30-40%,глубркая бедренная артерия;30-50%, подколенная артерия;30-40%.

Кровоток в задняя большеберцовая артерия не определяется-признаки окклюзии. Проходимость передняя большеберцовая артерия сохранена.

СЛЕВА Общая бедренная артерия, глубокая бедренная артерия,и подколенная артерия- проходимы со множественными стенозами.

Общая бедренная артерия; 30-40%, глубокая бедренная артерия;30-50%. Подколенная артерия- Проходимость сохранена, диффузно стенозирована более 60%. Артерии голени проходимы с локальным гемодинамический значимыми стенозами.ЭКГ; Электрическая ось сердца не отклонена. Ритм синусовый. ЧСС 90 в мин. Осмотра кардиолога: установлено сопуствующий диагноз ИБС и безболевая ишемия миокарда.

Дифференциальный диагноз

Облитерирующий атеросклероз необходимо дифференцировать с облитерирующим эндартериитом, облитерирующим тромбангиитом, диабетической ангиопатией, болезнью Рейно, тромбоэмболическими состояниями,тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Облитерирующий эндартериит имеет сходную клиническую картину (бледность, зябкость, снижение чувствительности стоп, голеней, перемежающаяся хромота). Оба заболевания вызывают одинаковые жалобы и идентичный характер трофических нарушений, при обоих заболеваниях выделяют одни и те же клинические стадии.

Но облитерирующий атеросклероз имеет отличительные особенности: возникает после 40 лет (эндартериит возникает в 20-30 лет), с момента первых клинических проявлений болезнь быстро прогрессирует, в анамнезе отсутствуют указания на волнообразность течения, сезонность обострений, имеются признаки атеросклеротического поражения других сосудистых бассейнов (в данном случае - венечных артерий), с помощью дополнительных методов исследования можно выявить уровень поражения - крупные артерии.

Исключить диагноз эндартериита позволяют следующие данные: поражение преимущественно проксимальных (крупных) артерий; быстрое прогрессирование болезни; отсутствие в анамнезе волнообразного течения заболевания, сезонных обострений.

Диагноз облитерирующего тромбангиита позволяет исключить отсутствие тромбофлебита поверхностных вен мигрирующего характера; отсутствие обострений, сопровождающихся тромбозом артериального и венозного русла.

Диабетическая макроангиопатия встречается во всех возрастных группах, имеет сходную клинику с облитерирующим атеросклерозом, но отличается более тяжелым и прогрессирующим течением, которое может привести к развитию гангрены (как правило, влажной), рано присоединяются симптомы полиневрита, часто имеются другие осложнения диабета.

Болезнь Рейно. Поражение крупных сосудов нижних конечностей, отсутствие пульсации на артериях стоп, голеней, «перемежающая хромота» позволяют исключить данный диагноз.

Для тромбоэмболии типично более острое начало, внезапное возникновение боли. Пульсация артерии дистальнее локализации эмбола отсутствует, выше эмбола она обычно усилена. Однако у больных, длительно страдающих облитерирующими заболеваниями периферических артерий, тромбоз сосудов возникает на фоне развитой сети коллатералей, и характеризуется постепенным развитием симптомов. С тромбозом можно было бы связать наличие данного обострения. Но у нашего больного нет нарушения функции конечности (парезы, параличи), что было бы при наличии эмбола. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей исключить позволяют отсутствие отека, повышения температуры тела и болезненности при пальпации по ходу магистральных вен на бедре и в паховой области, отрицательный симптом Гоманса. На наличие у данного больного облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей также указывают: возникновение заболевания на фоне гипертонической болезни; поражение преимущественно крупных сосудов нижних конечностей; атеросклеротическое поражение других сосудистых бассейнов (венечных артерий).

10. Клинический диагноз и его обоснование

артериосклероз артерия операция

На основание жалобы при поступлении: на постоянные выраженные боли в покое, чувство онемения, зябкости обейх конечностей, затруднение ходьбы в связи с интенсивными болями, нарушение сна (спал в вынужденном положении- свесив левую ногу с кровати), снижение аппетита, общая слабость,быстрой утомлаемость.

На данные анамнез; что считает себя больным в течение 3-х лет когда впервые отметил появление болей в правой икроножной мышце при ходбе на 500метров, стало беспокоить чувство онемения, зябкости в левой стопе и голени, быстрая утомляемость ног.

За медицинской помощью не обращался, самолечением не занимался. Через некоторое время самочувствие стало ухудшаться (боли стали интенсивнее, пациент не мог пройти без остановки более 100м). Постепенно дистанция безболевой ходбы уменщилась до 20метров, стали беспокойт боли в покое.Обратился в консультативной поликлинику РостГМУ. Осмотрен сосудистым хирургом.Выполнено УЗИ артерий нижних конечносией при котором отмечено окклюзия общих подвздошных артерий с обеих сторон.

На данные объективного исследования; нижние конечностей симметричные, не отечны, кожные покровы сухие, эластичность снижен на обейх конесностей. На левой нога волосясной покров скудный, ногтевой пластины деформированы. Подкожная сеть не расширена. Чувствительность на левой нога снижено. Кожные покровы в области левой голени и стопы бледные,прохладные на ощупь. Симтомы Плантарной ишемии Оппеля, Самюельса, Гольдфлама, Панченко-положительные с обейх сторон. Пульсации на общее бедренное артерий, артерий dorsalis perdis и артерий tibialis posterior с обейх сторон не определяются.

11. Предоперационный эпикриз

Иванов.А.С 55 год поступил в сосудистое хирургическое отделение РостГМУ 27-04-13 с жалобами на;постоянные выраженные боли в покое, чувство онемения, зябкости обейх конечностей, затруднение ходьбы в связи с интенсивными болями, нарушение сна (спал в вынужденном положении- свесив левую ногу с кровати), снижение аппетита, общая слабость,быстрой утомлаемость.

Болен в течение 3-х лет когда впервые отметил появление болей в правой икроножной мышце при ходбе на 500метров, стало беспокоить чувство онемения, зябкости в левой стопе и голени, быстрая утомляемость ног. За медицинской помощью не обращался, самолечением не занимался. Через некоторое время самочувствие стало ухудшаться (боли стали интенсивнее, пациент не мог пройти без остановки более 100м).Постепенно дистанция безболевой ходбы уменщилась до 20метров, стали беспокойт боли в покое. Обратился в консультативной поликлинику РостГМУ. Осмотрен сосудистым хирургом.

Выполнено УЗИ артерий нижних конечносией при котором отмечено окклюзия общих подвздошных артерий с обеих сторон. При поступление; Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений. Конституционный тип телосложения- нормостенический.

Упитанность умеренная. Рост 175 см. Масса тела 74кг. Температура тела 36,7 С, пульс 86 в минуту, ЧДД 14 в минуту. Кожные покровы (за исключением кожных покровов нижних конечностей) бледной окраски, влажные. Тургор тканей и эластичность снижено. Выраженного цианоза, иктеричности не наблюдается. Патологической потливости отмечено не было. Волосяной покров развит соответственно возрасту. Оволосение по мужскому типу. Грибкового поражения не отмечено. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отёки не выявлены. Послеоперационный рубец на животе без особенностей.

Пальпируются тонзиллярные, подчелюстные, шейные лимфоузлы единичные, подвижны, безболезненны, мягкоэластической консистенции.

Мышцы развиты умеренно, безболезненны; сила и тонус их снижены. Суставы обычной конфигурации, активные и пассивные движения в них в полном объме.

Мягкие ткани в области суставов не изменены. Пальпации над областью суставов безболезненна. Глазные яблоки, коньюктивы, склеры, зрачки, веки и околоорбитальная клетчатка неизменённые. Щитовидная железа не визуализируется, не видна при глотании, не пальпируется.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

Нижние конечностей симметричные,не отечны,кожные покровы сухие,эластичность снижен на обейх конесностей .На левой нога волосясной покров скудный,ногтевой пластины деформированы. Подкожная сеть не расширена. Чувствительность на левой нога снижено. Кожные покровы в области левой голени и стопы бледные,прохладные на ощупь. Симтомы Плантарной ишемии Оппеля, Самюельса, Гольдфлама, Панченко-положительные с обейх сторон. Пульсации на общая бедренная артерий с обейх сторон, артерий dorsalis perdis и артерий tibialis posterior с обейх сторон не определяются.

БОЛЬНОЙ ОБСЛЕДОВАН; УЗДИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:Ультразвуковые признаки выраженного распространенного атеросклероз артерий нижнйх конечностей. Сосудистая стенка диффузно утолщена, склерозирована с множественными атеросклеротическими бляшками. Терминальный отдел брюшной аорты,общая подвздошная артерия с обейх сторон проходимо со множественными стенозамы. С обейх сторон наружная подвздошная артерия-признаки окклюзия.

СПРАВА: Общая бедренная артерия,глубркая бедренная артерия,и подколенная артерия- проходимы со множественными стенозами.

Общая бедренная артерия;30-40%, глубркая бедренная артерия; 30-50%, подколенная артерия; 30-40%. Кровоток в задняя большеберцовая артерия не определяется-признаки окклюзии.

Проходимость передняя большеберцовая артерия сохранена.

СЛЕВА; Общая бедренная артерия, глубокая бедренная артерия, и подколенная артерия- проходимы со множественными стенозами.

Общая бедренная артерия; 30-40%, глубокая бедренная артерия; 30-50%. Подколенная артерия

Проходимость сохранена, диффузно стенозирована более 60%. Артерии голени проходимы с локальным гемодинамический значимыми стенозами. Осмотра кардиолога: установлено сопуствующий диагноз ИБС и безболевая ишемия миокарда. На основании данных проведенного обследования установлен диагноз;

Атеросклероз. Окклюзия обейх подвздошных артерий (III стадии),

Осложнение-хроническая ишемия нижних конечностей (IIIстепень) Сопуствующий-ИБС, безболевая ишемия миокарда. Планируется выполнение повздошно-бедренного шунтирование с использованием синтетического протеза. Согласие больного на операцию получено. Оперативное вмешательство будет проведен под интубационным наркозом.

. Показания к операции и лечение

Учитывая наличие у данного больного III стадии облитерирующего атеросклероза, Больной Иванов А.С показано оперативное лечение. Принимая во внимание окклюзию обейх подвздошных артерий, больному показано повздошно-бедренное шунтирование с использованием синтетического протеза.

Для замедления прогрессирования атеросклеротического процесса, данному больному показано медикаментозное лечение: ловостатин (либо зокор) (1 таб/сут), кислота никотиновая (3-4г/сут), холестирамин. После получения данных об уровне холестерина крови, возможно рассмотрение проведения плазмафереза.

Также целесообразно применение средств, улучшающих микроциркуляцию (вазопростан (препарат простогландина Е)), и улучшающих реологические свойства крови (аспирин по 1таб. перед сном).

13.Дневник

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | пульс | ад | чд | температура | Течение болезнь | назначение |
| 01-05-13 | 88уд в мин | 130/80 | 18 | 36.6 | Постоянной боли в нижнх конечностей в покое, гипертония | эналаприл на давления,вынужденной положение-опускание нога книзу с краватью-боли стихают |
| 06-05-13 | 82уд | 134/75 | 17 | 36.4 | Постоянной боли в нижнх конечностей в покое, гипертония | эналаприл на давления,вынужденной положение-опускание нога книзу с краватью-боли стихают |
| 11-05-13 | 78уд | 130/70 | 18 | 36.0 | Постоянной боли в нижнх конечностей в покое, гипертония | эналаприл на давления, вынужденной положение-опускание нога книзу с краватью-боли стихают |

14. Эпикриз

Иванов.А.С. 55год поступил в сосудистое хирургическое отделение РостГМУ 27-04-13 с жалобами на;постоянные выраженные боли в покое, чувство онемения, зябкости обейх конечностей, затруднение ходьбы в связи с интенсивными болями, нарушение сна (спал в вынужденном положении- свесив левую ногу с кровати), снижение аппетита, общая слабость,быстрой утомлаемость.

Болен в течение 3-х лет когда впервые отметил появление болей в правой икроножной мышце при ходбе на 500метров, стало беспокоить чувство онемения, зябкости в левой стопе и голени, быстрая утомляемость ног. За медицинской помощью не обращался, самолечением не занимался. Через некоторое время самочувствие стало ухудшаться (боли стали интенсивнее, пациент не мог пройти без остановки более 100м).

Постепенно дистанция безболевой ходбы уменщилась до 20метров, стали беспокойт боли в покое. Обратился в консультативной поликлинику РостГМУ.

Осмотрен сосудистым хирургом. Выполнено УЗИ артерий нижних конечносией при котором отмечено окклюзия общих подвздошных артерий с обеих сторон.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений.

Конституционный тип телосложения- нормостенический. Рост 175 см. Масса тела 74кг. Температура тела 36,7 С, пульс 86 в минуту, ЧДД 14 в минуту. Кожные покровы (за исключением кожных покровов нижних конечностей) бледной окраски, влажные.

Тургор тканей и эластичность снижено. Выраженного цианоза, иктеричности не наблюдается. Патологической потливости отмечено не было. Волосяной покров развит соответственно возрасту. Оволосение по мужскому типу. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.

Отёки не выявлены. Послеоперационный рубец на животе без особенностей. Пальпируются тонзиллярные, подчелюстные, шейные лимфоузлы единичные, подвижны, безболезненны, мягкоэластической консистенции. Мышцы развиты умеренно, безболезненны; сила и тонус их снижены. Суставы обычной конфигурации, активные и пассивные движения в них в полном объме. Пальпации над областью суставов безболезненна. Щитовидная железа не визуализируется, не видна при глотании, не пальпируется.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

Нижние конечностей симметричные,не отечны,кожные покровы сухие,эластичность снижен на обейх конесностей. На левой нога волосясной покров скудный,ногтевой пластины деформированы. Подкожная сеть не расширена. Чувствительность на левой нога снижено. Кожные покровы в области левой голени и стопы бледные,прохладные на ощупь. Симтомы Плантарной ишемии Оппеля, Самюельса, Гольдфлама, Панченко-положительные с обейх сторон. Пульсации на общая бедренная артерий с обейх сторон, артерий dorsalis perdis и артерий tibialis posterior с обейх сторон не определяются.

БОЛЬНОЙ ОБСЛЕДОВАН

Клинический анализ крови;Группа кровь -AB(второй), Резус(+)

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Нв- 149,5 г/л, эритроциты- 4.35\*10 г/л, Гематокрит -30.6 g/dl, цветной показатель- 1,04, Лейкоциты -4.9\*10 u/k, Лимфоциты-24.9, Моноциты-6.0, Гранулоциты-69.1

Эозинофилы -2, Базофилы - 0, Миелоциты-0, Палочкоядерные нейтрофилы 8%, Сегментоядерные 58%, Моноциты 6%, Лимфоциты 40%, СОЭ 19 мм/ч. Биохимический анализ крови; общий билирубин-12.0, Прямой билирубин-3.5

Общий балок-59.0, Калий-5.0, Натрий-142, Холестерин-4.89, Глюкозы-4.22

БЕЛКОВЫЕ ФРАКЦИЙ

Альбумин-68, Альфа глобулин-12, бета глобулин-9, гамма глобулин-11, А/Г коэффициент-2,1.

КОАГУЛОГРАММА

Фазы вторичного гемостаза Результаты норма(c)

1 фаза АПТВ 2324-35

2фаза протромбиновое время 1525-15

МНО 1.090.89-1.33

фаза тромбиновое время 15 11-18

Фибриноген 400 2-4г/л

Общий анализ мочи:

Цвет светло-желтый, Прозрачность Полная, Относительная плотность 1009, Реакция Кислая, Сахар Отрицательно Белок Отрицательно, Лейкоциты 1-2 в поле зрения, Эритроциты 0-1 в поле зрения.

Кал на я/глистов - отрицательно

Реакция Вассермана (RW) - отрицательно

ВИЧ- отрицательно

УЗИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ультразвуковые признаки выраженного распространенного атеросклероз артерий нижнйх конечностей.

Сосудистая стенка диффузно утолщена, склерозирована с множественными атеросклеротическими бляшками. Терминальный отдел брюшной аорты, общая подвздошная артерия с обейх сторон проходимо со множественными стенозамы. С обейх сторон наружная подвздошная артерия-признаки окклюзия.

СПРАВА: Общая бедренная артерия, глубокая бедренная артерия, и подколенная артерия- проходимы со множественными стенозами. Общая бедренная артерия; 30-40%, глубркая бедренная артерия; 30-50%, подколенная артерия; 30-40%.

Кровоток в задняя большеберцовая артерия не определяется-признаки окклюзии. Проходимость передняя большеберцовая артерия сохранена.

СЛЕВА; Общая бедренная артерия, глубркая бедренная артерия, и подколенная артерия- проходимы со множественными стенозами. Общая бедренная артерия;30-40%, глубркая бедренная артерия;30-50%. Подколенная артерия- Проходимость сохранена, диффузно стенозирована более 60%. Артерии голени проходимы с локальным гемодинамический значимыми стеноза. Осмотра кардиолога: установлено сопуствующий диагноз ИБС и безболевая ишемия миокарда. На основании данных проведенного обследования установлен диагноз;

Атеросклероз. Окклюзия обейх подвздошных артерий (III стадии), Осложнение-хроническая ишемия нижних конечностей (IIIстепень) Сопуствующий- ИБС, безболевая ишемия миокарда.

Атеросклероз. Окклюзия обейх подвздошных артерий (III стадии), Осложнение-хроническая ишемия нижних конечностей (IIIстепень) является показанием к реконструктивной операции.

Противопоказаний к операции нет. Планируется выполнение повздошно-бедренного шунтирования с использованием синтетического протеза. Согласие больного на операцию получено. Оперативное вмешательство было проведено под интубационным наркозом.

Дневники после операции. 12-05-13г

Жалобы на болезненность в области послеоперационного шва. Повязка незначительно промокла сукровичным содержимым. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено. Объективно: состояние больного удовлетворительное. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах обоих легких выслушиваются сухие хрипы.

Пульс 100 в мин, правильного ритма. АД - 150/90мм.рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Status Localis. пульсация на, правой подколенной, правой и левой задних большеберцовых, правой дорсальной артерии стопы не определяется; на левой подколенной артерии и левой дорсальной артерии стопы пульсация резко ослаблена.

Назначения: 1. пузырь со льдом на рану,2. вазопростан 2 амп,3. аспирин - 1таб перед сном 4. кислота никотиновая 3 г/сут,5. ловостатин 1 таб 1 раз в сут,6. Gentamycini 80 х 3р в/м 6. Клинический анализ крови

Примерная дата снятия швов при гладком течении послеоперационного периода

Ориентировочный срок выписки больного из стационара - 25 марта. При выписке необходиммы следующие рекомендации: постепенный отказ от курения, диета с ограничением животных жиров, умеренные физические нагрузки, регулярный прием рекомендованных препаратов (ловостатин (либо зокор) (1 таб/сут), кислота никотиновая (3-4г/сут), холестирамин, аспирин по 1таб. перед сном). Дважды в год - плановая госпитализация для проведения обследования и лечения. Наблюдение у хирурга в поликлинике по месту жительства.

Прогноз. Прогноз дальнейшего течения и исхода болезни в отношении выздоровления неблагоприятные.

Список литературы

1. Хирургические болезни /Авт.М.И. Кузин, О.С Шкроб.

.Практическое руководство по хирургическим болезням \ Астапенко В.Г, Малиновский Н.Н.

.Советская энциклопедия / А.М. Прохоров, А.А Гусев, И.Л. Кнунянц, М.И. Кузнецов, В.Г. Панов

. Хирургические болезни /С.Н. Муратов

.Хирургические манипуляции\ Б.О. Милькова, В.Н. Круцяка