ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О.: …
2. ВОЗРАСТ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. МЕСТО РАБОТЫ: Пенсионер
4. МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА: …
5. ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР:12.04.2004
6. **КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:** Атеросклероз аорты и ее ветвей. Окклюзия ОБА справа и ПБА с обеих сторон (3 уровень). Состояние после протезирования ОБА справа. Ишемия ног II степени.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО НА МОМЕНТ КУРАЦИИ

ГЛАВНЫЕ: на боли в икроножных мышцах, преимущественно в правой нижней конечности, возникающие во время ходьбы обычным шагом на незначительное расстояние (до 100 м). Появление болей вынуждает больного остановиться. Во время остановки боль у него через некоторое время прекращается (обычно через 2-5 минут), при ходьбе возобновляется. Боли интенсивные, сжимающие, давящие, не иррадиируют. В условиях холода, сырости, при подъеме по лестнице боль возникает чаще и больше выражена.

Дополнительные жалобы: на непродолжительную боль в области сердца, колющего характера, возникающая при физической нагрузки и сильном психоэмоциональном напряжении, приходит самостоятельно.

РАСПРОС ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ:

Больной отмечает слабость, повышенную утомляемость. Похудания не отмечает. Жажда не беспокоит, за сутки выпивает около 1,5 л жидкости. Имеется сухость кожи в области стоп и голеней. Зуд кожи отсутствует. Фурункулеза, сыпей нет. Повышения температуры тела на момент расспроса нет, ознобы не беспокоят.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА:

Больной спокойный, сдержанный. На строение хорошее, повышенной раздражительности нет. Память на настоящие события снижена. Сон не нарушен.

### СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Кашель отсутствует. Кровохарканья нет. Боли в грудной клетке не беспокоят. Дыхание через нос свободное, носовые кровотечения отсутствуют. Голос звучный.

### СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Непродолжительная боль в области сердца, колющего характера, возникающая при физической нагрузки и сильном психоэмоциональном напряжении, приходит самостоятельно.

Ощущения перебоев в деятельности сердца больной не отмечает. Приступов сердцебиения нет. Ощущение пульсации в каких-либо частях тела отсутствует. Отеков нет. Отмечает перемежающую хромоту (боли в икроножных, возникающие во время ходьбы обычным шагом на незначительное расстояние (до 100 м)). Появление болей вынуждает больного останавливаться. Во время остановки боль у него через некоторое время прекращается, при ходьбе возобновляется. Боли интенсивные, сжимающие, давящие не иррадиируют. В условиях холода, сырости, при подъеме по лестнице боль возникает чаще и больше выражена.

### СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Болей и жжения в языке нет, сухость во рту не беспокоит. Аппетит нормальный. Извращения аппетита, отвращения к какой-либо пище нет, боязнь приема пищи отсутствует. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Болей в околопупочной области, возникающих при физической нагрузке («синдром мезентериального обкрадывания») нет. Изжоги, отрыжки нет. Тошноту не отмечает. Рвота отсутствует. Метеоризма нет. Стул регулярный, самостоятельный, раз в сутки. Нарушений стула (запоры, поносы) нет. Болезненные ложные позывы на стул не беспокоят.

#### СИСТЕМА МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

Боли в поясничной области не беспокоят. Мочеиспускание 4 – 6 раз в сутки, свободное, не сопровождается резями, жжением, болью. Преобладает дневной диурез. Цвет мочи соломенно-желтый. Непроизвольного мочеиспускания нет. За сутки выделяется около 1,5 литра мочи.

### ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Боли в костях, мышцах и суставах отсутствуют. Припухлости и деформации суставов нет, покраснения кожи в области суставов не отмечает. Ограничение движений в суставах не беспокоит.

#### ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Нарушение роста и телосложения отсутствует. Нарушения веса (ожирение, истощение) нет. Изменений кожи нет. Изменения первичных и вторичных половых признаков отсутствуют. Волосяной покров развит нормально.

#### ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Зрение, слух, обоняние, вкус, осязание не изменены.

ANAMNАESIS MORBI

### Больным себя считает с 1996 года когда, на фоне общего здоровья, впервые появилась слабость и повышенная утомляемость мышц ног, судороги в икроножных мышцах, ощущение зябкости в конечностях. Позже появились сильные боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе обычным шагом на расстояние до 50 метров, вынуждающие больного в целях обезболивания производить остановки. После кратковременного отдыха (5-10 минуты) боли исчезали, но возобновлялись вскоре после продолжения ходьбы. Больной часто просыпался ночью из-за возникновения боли и онемения ног. Обратился в поликлинику, откуда был направлен на проведение операция протезирования ОБА справа после чего, со слов больного, его состояние значительно улучшилось. Исчезли боли при ходьбе, судороги в икроножных мышцах. После выписки рекомендовано прием Аспирина по 0,125 г ежедневно в течение 3 месяцев, с последующим обращение в стационар для осмотра. Больной по истечению 3 месяцев прекратил прием Аспирина и на осмотр не являлся, через месяц отметил ухудшение состояния, но за помощью так и не обращался.

В дальнейшем беспокоили только слабость и повышенная утомляемость нижних конечностей, изредка судороги в икроножных мышцах. Периодически поступал на стационарное лечение (5.05.1999, 2.02.2001, 02.082002гг.) с жалобами на боли в икроножных мышцах, преимущественно в левой нижней конечности, возникающие во время ходьбы обычным шагом на незначительное расстояние. После проведенной терапии отмечал улучшение состояния здоровья.

В настоящее время госпитализирован для проведения консервативного лечения.

ANAMNAESIS VITAE

Родился 1935 года, в физическом развитии не отставал от сверстников. Жилищно-бытовые условия в детские и юношеские годы и в настоящее время удовлетворительные. Физкультурой и спортом не занимается. Работал до 1996 года на ДОП-3, после проведенной операции ушел на пенсию.

*Перенесенные заболевания:* Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

*Семейный анамнез:* Предрасположенность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь) у ближайших родственников не отмечает. Заболевания, которые могут передаваться по наследству, в семье больного отсутствуют.

*Эпидемиологический анамнез:* Контактов с инфекционными больными не было.

*Привычные интоксикации:* **Курение с 23 лет**, более пачки в день, в последние два года ограничил себя в курении до 2-3 сигарет в день.

*Аллергологический анамнез:* Аллергических проявлений нет.

*Метеочувствительность и сезонность:* В условиях холода, сырости, при подъеме по лестнице боль возникает чаще и больше выражена, т.к. эти факторы способствуют спастическим реакциям артерий. Сезонности в обострениях заболевания нет.

STATUS PRАESENS

#### ОБЩИЙ ОСМОТР

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Питание больного достаточное так как толщина кожной складки у лопаток 1 см., около пупка 3,5 см. Кожные покровы обычной окраски, депигментации нет, тургор сохранен, влажность нормальная. Сухости кожи, шелушений, сыпей нет. Слизистая оболочка конъюнктивы, носа, губ, полости рта розового цвета, чистая, влажная, сыпи нет. Затылочные, задние шейные, околоушные, подчелюстные, подподбородочные, передние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита удовлетворительно для возраста больного, тонус и сила мышц достаточные. Кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей не изменены, болезненности при пальпации и перкуссии нет, целостность не нарушена. Суставы нормальной конфигурации, движения в суставах свободные, болезненности нет.

### ОСМОТР ГОЛОВЫ

Голова обычной формы, мозговая и лицевая части черепа пропорциональны. Оволосение по мужскому типу, выпадения волос нет. Глазная щель не сужена, зрачки одинаковой величины и формы, реакция зрачков на свет одновременная, равномерная. Слезотечение отсутствует. Губы бледно-розового цвета, сухие, без трещин. Шея симметричная. Щитовидная железа нормальной величины, смещается при глотании, эластической консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненна при пальпации.

# ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

# ОСМОТР ОБЛАСТИ СЕРДЦА:

Сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, систолического втяжения межреберной области на месте верхушечного толчка нет, патологических пульсаций нет.

## ПАЛЬПАЦИЯ:

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см. кнутри от левой среднеключичной линии, на площади около 2,5 см. кв. Верхушечный толчок, резистентный, высокий. Сердечный толчок пальпаторно не определяется. Симптом “кошачьего мурлыканья“ на верхушке сердца и в месте проекции аортального клапана отсутствует.

## ПЕРКУССИЯ:

Граница относительной тупости сердца определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | 1 см. к наружи от края грудины в IV межреберье, | (образована правым предсердием) |
| Верхняя | в III межреберье | (левым предсердием). |
| Левая | V межреберье на 1 см. кнутри от левой среднеключичной линии | (образована левым  желудочком). |

Граница абсолютной тупости сердца определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | по левому краю грудины в IV межреберье (образована правым предсердием) |  |
| Верхняя | в IV межреберье | ( левым предсердием). |
| Левая | в V межреберье на 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. | (образована левым желудочком). |

## АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА

Тоны громкие, ясные. Выслушивается два тона, две паузы. Определяется акцент второго тона по аорте. Ритм сердца правильный. Частота сердечных сокращений 86 уд./мин. Систолический и диастолический шумы, шум трения перикарда отсутствуют.

# ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

# НОС: дыхание через нос свободное. Носовых кровотечений нет. Обоняние не изменено

# ОСМОТР ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

# *статический:*

Грудная клетка нормостеническая, симметричная, западания грудной клетки нет. Искривлений позвоночника нет. Над- и подключичные ямки умеренно выраженные, одинаковые с обеих сторон. Ход ребер обычный.

*динамический:*

Тип дыхания - брюшной. Дыхание правильное, ритмичное, частота дыхания 20/мин, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Ширина межреберных промежутков 1,5 см, выбухания или западения их при глубоком дыхании нет. Максимальная двигательная экскурсия – 4 см.

# ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

Грудная клетка эластична, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Усиления голосового дрожания нет.

#### ПЕРКУССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ:

Над легкими в девяти парных точках выслушивается ясный легочный звук.

### ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРКУССИЯ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница легких: | Правое легкое: | Левое легкое: |
| Lin. parasternalis | VI межреберье |  |
| Lin. clavicularis | VII межреберье |  |
| Lin. axillaris ant. | VIII ребро | VIII ребро |
| Lin. axillaris med. | IX ребро | IX ребро |
| Lin. axillaris post. | X ребро | X ребро |
| Lin. scapularis | XI ребро | XI ребро |
| Lin. paravertebralis | XII ребро | XII ребро |

### Подвижность нижнего края легких (см):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Правое легкое: | | | Левое легкое: | | | |
| Вдох | Выдох | итого | | вдох | Выдох | Итого | |
| Lin. clavicularis | VIII межреберье | VI межреберье | 4 см | |  |  |  | |
| Lin. axillaris med. | Нижний край X ребра | VII межреберье | 5 см | | X ребро | VII межреберье | 4,5 см | |
| Lin. scapularis | XI межреберье | X межреберье | 3 cм | | XII ребро | X ребро | 4 см | |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правое легкое | спереди | 4,5 см выше ключицы |
|
| Левое легкое | спереди | 4 см выше ключицы |

Ширина полей Кренига:

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | 7 см |
| слева | 7,5 см |

### АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ

Над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Бронховезикулярное дыхание не выслушивается. Хрипов, крепитации нет. Усиления бронхофонии над симметричными участками грудной клетки не обнаружено.

# ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

# ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, влажная. Запаха изо рта нет. Язык влажный, налета отсутствует, вкусовые сосочки хорошо выражены, рубцов нет. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны неглубокие, без отделяемого. Углы губ без трещин.

### ОСМОТР ЖИВОТА И ПОВЕРХНОСТНАЯ ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА ПО ОБРАЗЦОВУ - СТРАЖЕСКО.

## Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Брюшной пресс развит умеренно. Видимая перистальтика кишечника не определяется. Расширения подкожных вен живота нет. Грыжевых выпячиваний и расхождения мышц живота нет. Симптом мышечной защиты (доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки) отсутствует. Симптом Щеткина-Блюмберга (усиление боли при резком отдергивании руки после предварительного надавливания) не определяется. Симптом Ровзинга (появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области в зоне нисходящей кишки) и другие симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом флюктуации (применяется для определения свободной жидкости в брюшной полости) отрицательный.

### ГЛУБОКАЯ МЕТОДИЧЕСКАЯ СКОЛЬЗЯЩАЯ ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ КИШЕЧНИКА

1. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации. Толщина 3 см. Подвижна.

2. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, не урчит. Подвижна. Аппендикс не пальпируется.

3. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа шириной 3 см, эластична, подвижна, не урчит.

4. Нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции шириной 3 см, безболезненна, подвижна, не урчит.

1. Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2 см, подвижна, безболезненна, не урчит. Определяется после нахождения большой кривизны желудка методами аускультоперкуссии, пальпации.
2. Большая кривизна желудка методами аускультоперкуссии, пальпации, определяется на 4 см выше пупка. При пальпации большая кривизна определяется в виде валика эластичной консистенции, безболезненна, подвижна.

ПАЛЬПАЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

Поджелудочная железа не пальпируется, болезненности при пальпации нет.

### ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА:

Определяется высокий тимпанический звук. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяются.

### АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА:

Шум трения брюшины отсутствует. Выслушивается шум перистальтики кишечника.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ.

ОСМОТР: Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют. Расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

ПАЛЬПАЦИЯ:

Печень пальпируется по правой передней подмышечной, срединно-ключичной и передней срединной линиям по методу Образцова-Стражеско выступает из под края реберной дуги на 3,5 – 4 см.. Нижний край печени закругленный, ровный, эластической консистенции.

Размеры печени по Курлову: 13х10х8 см.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:

При осмотре области проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку (правое подреберье) в фазе вдоха, выпячивания и фиксации его не обнаружено. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера-Грекова (резкая болезненность при поколачивании по правой реберной дуге) отрицательный. Френикус-симптом (иррадиация боли в правую надключичную область, между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы) отрицательный.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ:

Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется. Болезненности при пальпации нет.

#### ПЕРКУССИЯ СЕЛЕЗЕНКИ.

Длинник - 6 см;

поперечник - 4 см.

#### ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

Визуально область почек не изменена. При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Симптом поколачивания отрицательный. При пальпации по ходу мочеточников болезненности не выявлено.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА.

Сознание ясное, интеллект нормальный. Память на настоящие события снижена. Сон неглубокий, непродолжительный, имеется бессонница. Настроение хорошее. Расстройств речи нет. Рефлексы сохранены, парезов, параличей нет.

#### ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Обоняние, осязание, вкус не изменены. Снижения остроты зрения нет. Слух хороший.

STATUS LOCALIS

### ИССЛЕДОВАНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ.

Пульсации сонных артерий (пляска каротид) нет, видимая пульсация шейных вен не определяется. Варикозного расширения вен нет. Венный пульс отрицательный. При аускультации магистральных сосудов определяется систолический шум над передней брюшной стенкой и на бедренных артериях под пупартовой связкой.

### ИССЛЕДОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 86 уд/мин, полный, частый, напряженный, большой, быстрый, правильный. Дефицит пульса не определяется. Сосудистая стенка уплотнена. Артериальное давление 180 / 110 мм.р.с.

Кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь. Снижен рост волос, ногтевые пластинка дистрофично изменены. Видимой гипотрофии или атрофии мышц нет. Пальпации икроножных мышц умеренно болезненна справа. Движения и чувствительность сохранены в полном объеме.

Аускультация артерий

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Артерия | Пульсация артерии | |
| справа | слева |
| Сонная  Подключичная  Плечевая  Локтевая  Лучевая  Брюшная  Подвздошная ( шум )  Бедренная  Подколенная  Задняя берцовая  Передняя берцовая | +  +  +  +  +  +  +  -  -  -  - | +  +  +  +  +  +  +  -  -  - |

**План дополнительного обследования:**

1. Общий анализ крови.
2. Биохимическое исследование крови.
3. Общий анализ мочи.

4. Аортография сосудов нижних конечностей.

5. Дуплексное сканирование артерий ног.

6. ЭКГ.

7. ЧПЭС тест на СКН.

8. УЗИ внутренних органов.

**Лабораторные данные:**

1. Общий анализ крови:

РОЭ -16 мм/ч

Лейкоциты – 7,8\*10 9

Hb – 134 г.л

2. Биохимическое исследование крови

Общий билирубин - 14,4

Сахар крови – 5,4

Мочевина – 4,0

Белок – 79

3. Общий анализ мочи

Цвет – соломенно-желтая

Плотность – 1010

Белок – отр.

Реакция – щелочная

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения

Эпителий - плоский единичные в поле зрения

4. Аортография сосудов нижних конечностей:

На серии снимков стенозы подвздошной артерии с обеих сторон, от 30 до 40 %, критический стеноз проксимального отдела правой ОБА, справа окклюзия ПБА, от устья, слева ПБА стенозированна до 50 %

5. ЭКГ:

Ритм синусовый 85 в мин. Частичная блокада правой ножки пучка Гиса.

Увеличение левой границы сердца.

Возможна нагрузка на правый отдел сердца.

6. ЧПЭС тест на СКН:

Отрицательный. Частая ранняя суправентрикулярная экстрасистолия.

7. УЗИ внутренних органов:

Увеличение размеров печени, структура диффузно изменена,

пристеночные конкременты в желчном пузыре.

**Диагноз и его обоснование:**

Учитывая**:** 1. **Жалобы:** главной жалобой является **боль** в икроножных мышцах, интенсивные, сжимающие, давящие, не иррадиируют, возникающая во время ходьбы обычным шагом. Это говорит о возможной ишемии связанной с уменьшением просвета сосудов нижних конечностей. Боли в икроножных мышцах возникают во время ходьбы обычным шагом на незначительное расстояние (до 100 м). Что говорит о IIБ стадии течения заболевания. 2. **Данных анамнеза**: болеет с 1996 года (что говорит о **хроническом течении** заболевания) когда, на фоне общего здоровья, впервые появилась слабость и повышенная утомляемость мышц ног, судороги в икроножных мышцах, ощущение зябкости в конечностях. Позже появились сильные боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе обычным шагом на расстояние до 50 метров, вынуждающие больного в целях обезболивания производить остановки. После кратковременного отдыха (5-10 минуты) боли исчезали, но возобновлялись вскоре после продолжения ходьбы. Больной часто просыпался ночью из-за возникновения боли и онемения ног. **Проведена операция протезирования ОБА справа** после чего, со слов больного, его состояние значительно улучшилось. Несмотря на радикальность операции у больно через 4 месяца произошло возобновление болей в икроножных мышцах, (что свидетельствует **об рецидиве заболевания**), это заставляло больного обращаться за мед. помощью в стационар (5.05.1999, 2.02.2001, 02.082002гг.) После проведенной терапии отмечал улучшение состояния здоровья. Из анамнеза известно, что пациент **курит** с 23 лет, а это является с одной стороны предрасполагающим, а с другой стороны этиологическим фактором в развитии атеросклероза артерий. 3. Данных **объективного осмотра** артериальное давление 180 / 110 мм.р.с., кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь, снижен рост волос, ногтевые пластинка дистрофично изменены, пальпации икроножных мышц умеренно болезненна справа (что свидетельствует о **ишемическом процессе**, и позволяет **исключить инфекционное** поражении). Движения и чувствительность сохранены в полном объеме (**исключает неврологическую** патологию). Отсутствие пульсации на уровне бедренных артерии с обеих сторон и ниже свидетельствует об **уровне поражения**, но отсутствие явных атрофических и некротических явлений свидетельствует о **не полном стенозе просвета сосудов и/или хорошем развитии коллатералей**. Данных **дополнительных методов**: Аортография сосудов нижних конечностей: на серии снимков стенозы подвздошной артерии с обеих сторон, от 30 до 40 %, критический стеноз проксимального отдела правой ОБА, справа окклюзия ПБА, от устья, слева ПБА стенозированна до 50 %

***Дифференциальный диагноз***

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей необходимо дифференцировать с:

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

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

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

- тромбозами и эмболиями артерий нижних конечностей. Постепенное нарастание клинических проявлений (в течение нескольких лет), вовлечение в патологический процесс сосудов обеих конечностей, отсутствие мраморности кожных покровов позволяют исключить данный диагноз.

- тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Исключить данный диагноз позволяют отсутствие отека, повышения температуры тела и болезненности при пальпации по ходу магистральных вен на бедре и в паховой области, отрицательный симптом Гоманса.

**Дифференциальные признаки облитерирующих заболеваний нижних конечностей** *(по АЛ Вишневскому,* 1972)

• Начало заболевания: Облитерирующий атеросклероз (ОА) - обычно после 40 лет, ОЭ - обычно до 40 лет

• Сосудистые шумы над бедренной артерией: ОА - возникают часто, ОЭ - возникают редко

• Сопутствующие заболевания сосудов сердца и мозга: ОА - часто, ОЭ - редко

• Эссенциальная артериальная гипертензия: ОА - часто, ОЭ - редко

• Сахарный диабет: ОА - примерно у 20% больных, ОЭ - обычно отсутствует

• Гиперхолестеринемия: ОА - примерно у 20% больных, ОЭ обычно отсутствует

• Равномерное сужение магистральных артерий на ангиограмме: ОА - нет, ОЭ - часто

• Неравномерная изъеденность контура артерий на ангиограмме: ОА - часто, ОЭ - нет

• Сегментарная обтурация крупных артерий бедра и таза: ОА - часто, ОЭ - редко • Обтурация артерий голени и стопы: ОА - не часто, особенно у пожилых и при сахарном диабете; ОЭ - как правило, определяется

• Кальциноз артерий: ОА - часто, ОЭ - редко.

**Клинический диагноз:** Атеросклероз аорты и ее ветвей. Окклюзия ОБА справа и ПБА с обеих сторон (3 уровень). Состояние после протезирования ОБА справа. Ишемия ног IIb степени.

**Атеросклероз** - системное заболевание, поражающее артерии эластического (аорта и её ветви) и мышечно-эластического (артерии сердца, головного мозга и др.) типов. При этом во внутренней оболочке артериальных сосудов формируются очаги липидных, главным образом холестериновых, отложений (атероматозные бляшки), что вызывает прогрессирующее сужение просвета сосудов вплоть до их полной облитерации. Атеросклероз - ведущая причина заболеваемости и смертности в России, США и большинстве стран Запада. Причина хронической, медленно нарастающей облитерации клиническую картину атеросклероза определяет степень недостаточности кровоснабжения органа, питаемого поражённой артерией.

**Атеросклероз облитерирующий –** Разновидность атеросклероза, характеризующаяся резким сужением или полным закрытием просвета артерий.

**Частота.** 150:100 000 в возрасте 50 лет.

Преобладающий возраст - пожилой. Преобладающий пол - мужской (5:1).

**АТЕРОСКЛЕРОЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

Атеросклероз периферических артерий - заболевание периферических артерий с хроническим течением. Образуется сегментарное препятствие кровотоку или сужение просвета аорты и её главных ветвей, вызывающее выраженное уменьшение или прекращение кровотока, обычно в аорте и артериях нижних конечностей. В результате возникают неприятные ощущения, ишемия, трофические язвы и гангрена. Одновременно в процесс могут быть вовлечены брыжеечные и чревные артерии.

***Классификация облитерирующего атеросклероза***

**Клиническая классификация хронической артериальной ишемии нижних конечностей:**

I - боль в икроножных мышцах появляется при спокойной ходьбе на дистанцию 1 км

IIА - пациент до, проявления болей может пройти более 200 м •

IIБ - пациент до появления болей может пройти менее 200 м обычным шагом

III - боли возникают в покое и при ходьбе на расстояние до 25 м

IV - язвенно-некротические изменения нижних конечностей.

**Классификация по уровню артериального блока:**

**0 уровень** – поражение отдельных артерий пальцев и дистальных отделов стоп, на обеих артериях стопы определяется отчетливая пульсация.

**1 уровень** – облитерация голеностопного артериального сегмента ниже бифуркации подколенной артерии в двух вариантах

а) окклюзия одной из большеберцовой артерии

б) окклюзия обеих большеберцовой артерии

**2 уровень** – окклюзия в области бедренно-подколенного сегмента, ниже отхождения глубокой артерии

**3 уровень** – окклюзия подвздошно-бедренного сегмента магистральных артерии, ниже отхождения внутренней подвздошной артерии, отсутствие пульсации на бедренной артерии.

**4 уровень** – непроходимость общей подвздошной артерии

**5 уровень** – окклюзия терминального отдела брюшной аорты

**По выраженности хронической артериальной недостаточности нижних конечностей:**

I степень – функциональная компенсация, органических поражений артерий нет.

II степень – относительная недостаточность артериального кровообращения, проявляющаяся в условиях физической нагрузки.

III степень – абсолютная недостаточность артериального кровоснабжения конечностей, проявляющаяся болями в ноге, трофическими расстройствами в дистальных отделах ног.

IV степень – прогрессирующий некроз, гангрена различного масштаба.

**Клиническая картина**

Перемежающаяся хромота - периодическое возникновение при ходьбе парестезии и болей в голенях (чаще в одной), вынуждающих больного остановиться; основной симптом заболеваний, проявляющихся хронической окклюзией крупных и средних артерий конечностей. Проявления значительно уменьшаются или полностью проходят после отдыха (при значительной окклюзии боли могут возникать в покое и носить постоянный характер). Наиболее часто развиваются в икрах и бёдрах.

• Может развиваться постепенно или возникнуть внезапно.

• Больной не способен пройти большие расстояния.

• Симптомы варьируют от быстрой утомляемости до мучительных болей или судорог в вовлечённой группе мышц.

• Симптомы возникают дистальнее места расположения окклюзии сосуда

• Пульс дистальнее места поражения обычно ослаблен или отсутствует. Пульс на периферической артерии, незначительно ослабленный в состоянии покоя, может исчезнуть после физической нагрузки

• Отсутствие дискомфорта в покое означает, что степень ишемии конечности пока незначительна.

• Боли в покое возникают при декомпенсации артериального кровотока

• Пациенты отмечают интенсивную боль, жгучую или колющую, обычно в дистальной части ноги и своде стопы, обостряющуюся в положении лёжа (иногда невозможно уснуть). Облегчение приносит вынужденное опущенное положение ноги

• Выпадение волос, изменение ногтевых пластинок, атрофия мышц поражённой ноги.

• Побледнение кожи нижней конечности в поднятом состоянии и застойная гиперемия в опущенном положении.

• Систолический шум над поражёнными артериями.

**Точки аускультации** • Позади угла нижней челюсти (бифуркация сонной артерии и начальный отдел внутренней сонной артерии) • Место прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы к ключице (начальный сегмент общей сонной артерии, подключичная артерия) • Под мечевидным отростком (брюшная аорта, чревный ствол) • От пупка по направлению к точкам между внутренней и средней третями паховой связки (правая и левая подвздошные артерии) • Паховая складка (бедренная артерия) • Подколенная ямка (подколенная артерия).

**Точки пальпации артерий нижней конечности** • Бедренная артерия - середина *пупартовой* связки • Подколенная артерия - подколенная ямка • Задняя большеберцовая артерия - позади медиальной лодыжки • Тыльная артерия стопы - от середины межлодыжечнои линии к первому межпальцевому промежутку.

**Специальные исследования**

• **Неинвазивные** • Посегментное измерение АД (снижено дистальнее артериального стеноза или окклюзии) на разных уровнях руки или ноги до и после физической нагрузки • Лодыжечно-плечевой показатель (ЛПП) - отношение АД в области голеностопного сустава к АД в плечевой артерии • Больные с жалобами на перемежающуюся хромоту обычно имеют ЛПП ниже 0,8 (в норме 1,0) • У пациентов с болями в покое ЛПП - менее 0,5. При индексе ниже 0,4 возможен некроз тканей конечности • Величина ЛПП ложно завышена при кальцификации артерий (обычно при сочетании атеросклероза и сахарного диабета) • Реовазография • *Допплеровское* дуплексное исследование.

• **Инвазивные методы** Артериальная ангиография с цифровой обработкой • Обычная артериография - стандартный метод оценки сосудистых заболеваний. Контрастное вещество вводят в артериальное русло либо путём пункции брюшной аорты в поясничной области (транслюмбальная аортография), либо путём пункции бедренной артерии специальным зондом, продвигаемым на нужное расстояние. Последовательно, по мере нисхождения контрастного вещества к периферии, производят серию рентгеновских снимков.

**Этиопатогенез:**

- возраст; максимум заболеваемости атеросклерозом приходится на возраст старше 5О лет. С увеличением возраста повышается активность эластазы, содержание кислых мукополисахаридов, увеличивается синтез и расщепление холестерина.

- пол: у мужчин атеросклероз возникает раньше и чаще, напротив, женские половые гормоны задерживают образование бета-липопротеидов и увеличивают альфа-липопротеидов.

- никотиновая интоксикация: действует на проницаемость сосудов, т.к. при этом резко увеличивается выброс адреналина, увеличивается повреждение.

- генетическая предрасположенность: 2 и 3 типы нарушения липидного обмена, чаще встречаются в семьях с ГБ, ИБС, но только 2-й тип наследуется по законам Менделя.

- отрицательные психоэмоциональные воздействия: увеличивается содержание катехоламинов в крови.

- особенности личности: патологически самолюбивые, мнительные, агрессивные и т.д.

- неумеренность в питании: калорийность пищи должна строго соответствовать потребностям организма, а не руководствоваться аппетитом.

- малоподвижный образ жизни: чем активнее образ жизни, тем совершеннее коллатерали и другие механизмы компенсации.

- существуют заболевания, которые ускоряют развитие атеросклероза: 1) все виды артериальной гипертензии, 2) сахарный диабет, 3) подагра, 4) ожирение, 5) гипотиреоз.

**Патоморфология:**

**I. Макроскопические изменения** – отражают динамику процесса.

1. Жировые пятна и полоски: участки желтого желто-серого цвета (пятна), которые иногда сливаются и образуют полоски, но не возвышаются над поверхностью интимы.

2. Фиброзные бляшки: плотные овальные или округлые, белые или желтовато-белые образования, возвышающиеся над поверхностью интимы, часто сливаются, придают ей бугристый вид и сужают просвет артерий.

3. Осложненные поражения:

а) Фиброзные бляшки с изъязвлением (Атероматозная язва).

б) Кровоизлияния в толщу бляшки (интамуральная гематома).

в) Образование тромботических наложений на месте наложения бляшки.

4. Кальциноз, или атерокальциноз: отложение солей кальция в фиброзной бляшке, т.е. их объизвествлением.

**II. Микроскопическая картина:**

1. Долипидная – в субинтимальном слое выявляются капли липидов, белках плазмы, фибриногена (фибрина). А так же пролиферация ГМК и макрофагов.

2. Липоидоз – Характерна очаговая инфильтрация интимы, особенно ее поверхностных отделов, липидами (холестерином), липопротеидами, белками, появление ксантомных клеток ( гл.мышечные клетки, макрофаги ). Приводит к образованию жировых пятен и полос.

3. Липосклероз – разрастание соединительнотканных элементов интимы на участках отложения и распада липидов и белков, что приводит к формированию фиброзной бляшки. В края бляшки врастают сосуды, которые так же становятся источником поступления липопротеидов и плазменных белков.

4. Атероматоз – распад центральных отделов бляшки с образованием жиробелкового детрита, в котором обнаруживаются кристаллы холестерина. В края бляшки врастают сосуды (vasa vasorum), а так же ксантомные клетки, лимфоциты и плазматические клетки. В связи с разрушением новообразованных сосудов происходит кровоизлияние в толщу бляшки.

5. Изъязвление – разрыв покрышки бляшки (атероматозная язва) – дефект интимы часто прикрывается тромботическими массами.

6. Атерокальциноз - выпадение солей кальция в атероматозные массы - дистрофическое объизвествление.

**Лечение:**

**Консервативное**:

Режим – общий

Стол № 15

Rp: Tab. Aspirini 0,115

D.S. По 1 таблетке ежедневно.

Rp: Sol. Trentali 2%-5,0 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9%-200 ml

M.d.s. Внутривенно один раз в день.

Rp: Sol. Acidi nicotinici 1%-3,0 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9% - 200,0ml

M.d.s. Внутривенно один раз в день.

Rp: Sol. Papaverini 2,0 ml

D.t.d. № 10 in amp.

S. Внутримышечно 2 раза в день.

**Перспективные варианты лечения:**

**Хирургическое лечение:**

Показанием к выполнению реконструктивных операций является наличие декомпенсации кровообращения в пораженной конечности.

Противопоказаниями являются тяжелые сопутствующие заболевания внутренних органов - сердца, легких, почек, печени и др., тотальный кальциноз артерий, отсутствие проходимости дистального русла. Восстановление магистрального кровотока достигается с помощью эндартерэктомии, обходного шунтирования и протезирования.

Если сегментарными окклюзиями артерий, не превышающими по протяженности 7-9 см, показана эндартерэктомия. Операция заключается в удалении измененной интимы вместе с атеросклеротическими бляшками и тромбом. Операцию можно выполнить как закрытым (из поперечного разреза), так и открытым способом. При закрытом способе, имеется опасность повреждения инструментом наружных слоев артериальной стенки.

Кроме того, после удаления интимы в просвете сосуда могут остаться обрывки, благоприятствующие развитию тромбоза. Вот почему предпочтение следует отдавать открытой эндартерэктомии. При этом способе производят продольную артериотомию над облитерированным участком артерии и под контролем зрения удаляют измененную интиму с тромбом. Для предупреждения сужения просвет рассеченной артерии должен быть расширен путем вшивания заплаты из стенки подкожной вены. При операциях на артериях крупного калибра используют заплаты из синтетических тканей (терилен, лавсан и др.). Некоторые хирурги применяют ультразвуковую эндартерэктомию.

Эндартерэктомия противопоказана при значительном распространении окклюзионного процесса, выраженном кальцинозе сосудов. В этих случаях показано шунтирование или резекция пораженного участка артерии с замещением его пластическим материалом. При облитерации артерии в бедренно-подколенном сегменте выполняют бедренноподколенное или бедренно-тибиальное шунтирование сегментом большой подкожной вены. Малый диаметр большой подкожной вены (менее 4 мм), раннее ветвление, варикозное расширение, флебосклероз ограничивают использование ее в пластических целях. В качестве пластического материала применяют после специальной обработки вену пупочного канатика новорожденных, алловенозные трансплантаты, ксенотрансплантаты из артерий крупного рогатого скота. Синтетические протезы находят более ограниченное применение, так как часто тромбируются уже в ближайшие сроки после операции. Большие надежды возлагают на использование политетрафторэтиленовых протезов, которые хорошо себя зарекомендовали в реконструктивной хирургии окллюзионных поражений артерий среднего калибра.

При атеросклеротических поражениях брюшной аорты и подвздошных артерий выполняют аортобедренное шунтирование с использованием синтетического трансплантата или резекцию бифуркации аорты с протезированием.

В последние годы в лечении атеросклеротических поражений артерий широкое распространение получил метод эндоваскулярной дилатации сосудов. Под контролем рентгенотелевидения в просвет артерии по проводнику вводят специальный баллонный катетер, который продвигают через измененный участок. Постепенно раздувая баллон, достигают дилатации сосуда. Данный метод достаточно эффективен в лечении сегментарных атеросклеротических окклюзий и стенозов бедренно-подколенного сегмента и подвздошных артерий. Его с успехом применяют и в качестве дополнения к реконструктивным операциям при лечении «многоэтажных» поражений. В настоящее время исследуют возможности использования лазерной дилатации (ангиопластики) в реконструктивной хирургии сосудов. В случае диффузного атеросклеротического поражения артерий, при невозможности выполнения реконструктивной операции из-за тяжелого общего состояния больного, а также при дистальных формах поражения выполняют поясничную симпатэктомию. Эффективность поясничных симпатэктомий при атеросклеротических поражениях, локализующихся ниже паховой связки, выше, чем при локализации патололгческого процесса в аортоподвздошном сегменте. Результаты операции в более поздних стадиях заболевания хуже.

Вопросы лечения и реабилитации облитерирующего атеросклерозом нижних конечностей неразрывно связаны с проблемой лечения общего атеросклероза. Прогрессирование атеросклеротического процесса порой значительно снижает эффект реконструктивных сосудистых операций.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Больные с перемежающейся хромотой должны ходить при возможности не менее 60 минут в сутки. При появлении непрятных ощущений больной должен постоять до прекращения боли. После чего ходьбу нужно продолжить. Употребление табака в любой форме должно быть исключено. Необходимо уменьшение массы тела (уменьшить употребление жирной и жареной пищи ). Желательно увеличение физической активности и борьба с излишним весом. Важен профилактический уход за стопами.

Ежедневно больной должен осматривать стопы для выявления язв, трещин и омозолелостей. Обувь должна быть удобной, с широкими носками, закрытыми пальцами и пяткой. В холодную погоду нужно пользоваться шерстяными носками. Применение грелок недопустимо.

Следует избегать ходьбы босиком, ежедневно менять носки и избегать тугих повязок, липких пластырей, не следует пользоваться мозольными жидкостями. Стопы следует ежедневно мыть теплой водой, осторожно и тщательно вытирать.

Для профилактики возникновения рецидивов заболевания необходимо избегать стрессовых ситуаций, придерживаться молочно-растительной диеты, ограничить потребление сливочного масла и жирного мяса. Целесообразно применять витамины группы В и С, седативные средства.

ПРОГНОЗ:

Прогноз для жизни, восстановления здоровья, трудоспособности условно благоприятный, но полного выздоровления добиться сложно. В дальнейшем следует соблюдать меры, перечисленные в разделе "Профилактика". Возможно проведение реконструктивных хирургических операций (тромбоэндартерэктомия, обходное шунтирование, резекция сосуда с заменой удаленного участка протезом). В результате этих операций симптомы заболевания исчезают.

ЭПИКРИЗ:

…, возраст 69 лет, находится на стационарном лечении в хирургическом отделении ОКБ станции Барнаул по поводу облитерующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Больной поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах, преимущественно в правой нижней конечности, возникающие во время ходьбы обычным шагом на незначительное расстояние (до 100 м). Появление болей вынуждает больного остановиться. Во время остановки боль у него через некоторое время прекращается (обычно через 2-5 минут), при ходьбе возобновляется. Боли интенсивные, сжимающие, давящие, не иррадиируют. В условиях холода, сырости, при подъеме по лестнице боль возникает чаще и больше выражена.

При объективном обследовании обнаружено: артериальное давление 180 / 110 мм.р.с.,кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, теплые на ощупь, снижен рост волос, ногтевые пластинка дистрофично изменены, пальпации икроножных мышц умеренно болезненна справ. Движения и чувствительность сохранены в полном объеме. Отсутствие пульсации на уровне бедренных артерии с обеих сторон и ниже свидетельствует о **уровне поражения**, но отсутствие явных атрофических и некротических явлений свидетельствует о **не полном стенозе просвета сосудов и/или хорошем развитии коллатералей**.

Были проведены следующие исследования:

1. Общий анализ крови: РОЭ -16 мм/ч, Лейкоциты – 7,8\*10 9,Hb – 134 г.л

2. Биохимическое исследование крови, Общий билирубин - 14,4, Сахар крови – 5,4, Мочевина – 4,0 ,Белок – 79

3. Общий анализ мочи Цвет – соломенно-желтая Плотность – 1010 Белок – отр. Реакция – щелочная Лейкоциты – 2-3 в поле зрения Эпителий - плоский единичные в поле зрения

4. Аортография сосудов нижних конечностей:

На серии снимков стенозы подвздошной артерии с обеих сторон, от 30 до 40 %, критический стеноз проксимального отдела правой ОБА, справа окклюзия ПБА, от устья, слева ПБА стенозированна до 50 %

5. ЭКГ: Ритм синусовый 85 в мин. Частичная блокада правой ножки пучка Гиса.

Увеличение левой границы сердца. Возможна нагрузка на правый отдел сердца.

6. ЧПЭС тест на СКН:Отрицательный. Частая ранняя суправентрикулярная экстрасистолия.

7. УЗИ внутренних органов: Увеличение размеров печени, структура диффузно изменена, пристеночные конкременты в желчном пузыре.

Назначено следующее лечение:

Режим – общий

Стол № 15

Rp: Tab. Aspirini 0,115

D.S. По 1 таблетке ежедневно.

Rp: Sol. Trentali 2%-5,0 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9%-200 ml

M.d.s. Внутривенно один раз в день.

Rp: Sol. Acidi nicotinici 1%-3,0 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9% - 200,0ml

M.d.s. Внутривенно один раз в день.

Rp: Sol. Papaverini 2,0 ml

D.t.d. № 10 in amp.

S. Внутримышечно 2 раза в день.

Рекомендовано:

- соблюдать двигательный режим (больной с перемежающейся хромотой должен ходить при возможности не менее 60 минут в сутки.

При появлении непрятных ощущениий больной должен постоять до прекращения боли. После чего ходьбу нужно продолжить).

- избегать воздействия вредных фактров (курение, алкоголь).

- контроль за массой тела посредством увеличения физической активности и соблюдение молочно-растительной диеты с ограничением употребления жирной, острой и жареной пищи.

Важен профилактический уход за стопами:

Ежедневно больной должен осматривать стопы для выявления язв, трещин и омозолелостей. Обувь должна быть удобной, с широкими носками, закрытыми пальцами и пяткой. В холодную погоду нужно пользоваться шерстяными носками. Применение грелок недопустимо.

Следует избегать ходьбы босиком, ежедневно менять носки и избегать тугих повязок, липких пластырей, не следует пользоваться мозольными жидкостями. Стопы следует ежедневно мыть теплой водой, осторожно и тщательно вытирать.

- для профилактики возникновения рецидивов заболевания необходимо избегать стрессовых ситуаций. Целесообразно применять витамины группы В и С, седативные средства.