**I. Паспортные данные:**

**Время поступления**  6 окт 1999 г.

**Пол** мужской

**Возраст** 52 г.

**Профессия, место работы**

**Семейное положение**

**Диагноз при поступлении:** Геморрой

**Клинический диагноз:**

* **Основное заболевание**: Атеросклероз. Синдром Лериша. Окклюзия поверхностных бедренных артерий с обеих сторон.
* **Осложнения:** Трофическая язва правой стопы.
* **Сопутствующие заболевания**: 1. Гипертоническая болезнь III ст.

2. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. НК I ст.

**Название операции**:

***дата***   ***время***

***фамилии хирургов***

**Обезболивание:** общий наркоз

***фамилия анестезиолога***

**Послеоперационные осложнения**

**Исход болезни** Восстановление магистрального кровотока.

**II. Анамнез данного заболевания:**

Anamnesis morbi

1. *Жалобы при поступлении*:

* Боли средней интенсивности в области ануса в покое и при дефекации, с утра носят тупой характер, к вечеру переходят в жгучие, иррадиируют в седалищные бугры. В горизонтальном положении боли уменьшаются.
* Тенезмы, при которых выделяется слизь с небольшой примесью алой крови более 10 раз в сутки.
* Выпадение прямой кишки при слабом натуживании, вправляется сама.
* Бессонница последние 3 месяца, связанная с постоянными болями в области ануса.
* Общая слабость.
* Похудание за последний год на 8 кг.

2*. Начало и дальнейшее развитие заболевания:*

Пациент относит начало заболевания к 1994 г. когда он стал замечать появление примеси алой крови в кале, количество которой возрастало после физической работы . Акты дефекации проходили безболезненно.

В 1998 г. дефекация стала болезненной, больной стал самостоятельно лечиться народными методами: пил отвары ромашки, тысячелистника, крапивы и принимал из них ванны. На некоторое время это приносило облегчение.

В 1999 г. у больного появились тенезмы до 10 - 15 раз в сутки, при которых выделялась темная слизеобразная масса в небольших количествах с прожилками алой крови. Стали беспокоить боли средней интенсивности в области ануса в покое, которые с утра носили тупой характер, а к вечеру -- жгучий, иррадиировали в седалищные бугры.

На протяжении последнего года больной отмечает прогрессирующее похудение ( на 8 кг.), несмотря на хороший аппетит, появление общей слабости, нарушение сна ( 3 месяца ) из-за постоянных болей в промежности.

В конце сентября 1999 г. боли стали интенсивнее, и больной в течение 2 дней принимал анальгин ( 3 таб. в сутки ), однако это не принесло ему облегчения и 29.09.99 пациент обратился к хирургу в Кожевниковскую ЦРБ, где был поставлен диагноз: геморрой, выписаны препараты (не помнит какие) для амбулаторного лечения.

6 октября 1999 г. больной повторно обратился в ЦРБ, т.к. не произошло улучшения от назначенной терапии, и по направлению хирурга в тот же день был госпитализирован в отделение проктологии Областной клинической больницы г. Томска.

3. ***Субьективные данные о функции отдельных систем:***

Жалобы только связанные с настоящим заболеванием.

**III. Анамнез жизни больного:**

Anamnesis vitae

Период роста, направленность развития - рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. С детства страдает артериальной гипертензией ( АД 150\ 90 мм. рт .ст.), однако без каких либо неприятных ощущений. Черепно-мозговая травма в 7 лет — неудачный прыжок с моста в речку — проломил лобную кость. Были наложены швы на кожу, костный дефект пластике не подвергался. Аппендэктомия в 19 лет. В возрасте 35 лет проходил курс лечения по поводу острого алкогольного психоза. В 1993 г. перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. В 1996 г. — операция на левом глазу по поводу глаукомы. В 1996 г. --- перенес ишемический инсульт, проявившийся кратковременной потерей речи ( 1 час ), а через полгода повторный ишемический инсульт с клиникой гемиплегии справа. В августе 1998 — третий ишемический инсульт ( гемиплегия и снижение поверхностной чувствительности справа ). В настоящее время сохраняется легкий парез правой кисти и предплечья.

Перенесенные заболевания (острые инфекции, сифилис, гонорея, аллергические заболевания ) - не страдал

Перенесенные травмы и операции : в 7 лет — черепно-мозговая травма, в 19 лет — аппендэктомия, в 60 лет — операция на левом глазу по поводу глаукомы.

Семейный анамнез:

(наследственные и конституционные болезни в семье - туберкулез, сифилис, злокачественные опухоли, болезни обмена, алкоголизм, нервные, душевные болезни, болезни сердца, сосудов) : мать и бабушка страдали гипертонической болезнью ( 150\ 90 мм.рт ст. ), умерли от инсульта. Сестра и брат также страдают гипертонической болезнью. В 1998 году брат перенес ампутацию правой ноги в связи с нарушением в ней кровообращения.

Профессиональный анамнез:

35 лет отработал прессовщиком на заводе резиновой обуви. В рабочем помещении температура воздуха до 40 -50 С, душно, постоян

ные испарения сырой резины. На рабочем месте — стоя до 10 часов. Работа в дневные и ночные смены.

Влияние внешней среды ( квартира: площадь, сухая, сырая, светлая, водопровод, вентиляция, канализация) - трехкомнатная квартира в кирпичном доме, сухо, отопление и канализация — центральные, горячая и холодная вода — ценрализованная подача, вентиляция - окна и форточки.

Условия питания (прежде и теперь) - достаточное, регулярное, горячее - 2 \ 4 раза в день

Вредные привычки - курит с 7 лет в среднем по 1 пачке в день.

Алкоголь — употребляет регулярно, раньше злоупотреблял.

**IV. Данные объективного исследования.**

**А. Общие данные:**

Общее состояние больного - удовлетворительное

Положение - активное

Температура - 36,5 С

Пульс - 74 уд \ мин

Дыхание - 20 движ \ мин

Рост - 170см

Телосложение - нормостеник

Вес - 76 кг

Кожа: эластична, зуд - отсутствует., влажность - умеренная, цвет кожи лица, шеи , рук, туловища — обычный, тургор сохранен. Кожа стоп гиперемирована, отечна. Отек правой голени. Рубцы: в правой подвздошной области от аппендэктомии ; вокруг пупка и на левом бедре — от ожога

Окраска слизистых - розовая

Подкожная клетчатка - отеки отсутствуют, равномерна, выражена умеренно

Лимфатические узлы ( консистенция, величина, болезненность, сращения) - нормальной консистенции, не увеличены, безболезненны, сращений не выявлено.

Мышечная система ( степень развития) - средняя, болезненность в стопах и голенях обоих ног

Костная система ( конфигурация, болезненность) - без аномалий, безболезненна, костный дефект в лобной кости (d= 1см)

Суставы - обычной конфигурации, безболезненны

Голова, лицо - без особенностей

Ротовая полость - слизистая ровная; миндалины - не увеличены, не разрыхлены, без гнойного отделяемого, розового цвета; язык - розовый с белым налетом

Шея (щитовидная железа, сосуды) : щитовидная железа не увеличена, пальпируются две доли, при глотании не определяется;

сосуды шеи не увеличены, расположены правильно

Грудная клетка:

Форма - цилиндрическая

Межреберья - не выбухают

Над- и подключичные пространства - выражены умеренно

Симметричность дыхательных движений - симметричны

Окружность при спокойном дыхании - 101 см.

при глубоком вдохе - 103 см.

при глубоком выдохе - 99 см.

Характер перкуторного звука верхушки легких - легочной

Подвижность легочного края - слева: 7см справа: 8см

Аускультация легких:

характер дыхания - ослабленное везикулярное

хрипы - не выявлены

шум трения плевры - отсутствует

бронхофония - равномерное проведение звука

Осмотр области сердца и крупных сосудов

Деформация, пульсация сосудов шеи - отсутствует

Пальпация

верхушечный толчок в 5 межреберье, кнутри от среднеключичной линии, не разлитой, не усилен

Перкуссия

границы относительной тупости сердца :

верхняя - 3 ребро

правая - 1,5 см кнаружи от правого края грудины (4 м\ р)

левая - по среднеключичной линии ( 5 м\ р)

границы абсолютной тупости сердца:

верхняя - 4 ребро

правая - совпадает с левым краем грудины

Аускультация сердца

1 тон — лучше слышен на верхушке

- совпадает с пульсом на лучевой артерии

- выслушивается после длительной паузы

- на верхушке громче 2 тона

- на верхушке ниже по тональности чем 2 тон

2 тон — на основании сердца громче чем 1 тон

- выслушивается после короткой паузы

- выше по тональности

- сильнее на аорте, чем на легочной артерии

Аускультация крупных сосудов

В области терминального отдела брюшной аорты выслушивается систолический шум.

Бедренные и подколенные артерии не выслушиваются

Пульс - одинаковый на обеих руках .,нормального наполнения, напряженния, волна правильной формы, ритмичный, не учащен.

Артериальное давление:

- на правой руке 160 \ 90 мм.рт. ст.

- на левой руке 160 \ 90 мм. рт. ст.

пульсовое 70 мм. рт. ст.

Исследование живота

Обычной формы. Видимой перистальтики — нет. В правой подвздошной области рубец от аппендэктомии, вокруг пупка — рубцы от ожога. Мягкий, безболезненный при пальпации.

Исследования:

**Желудка** при осмотре — симптом "вала" отрицательный

перкуторно — нижняя граница выше пупка на 3 см.

пальпация — большая кривизна определяется на 4 см выше пупка, стенка ровная, эластичная, безболезненная.

**Печени** размеры по Курлову - 12: 10: 9

**Селезенки** верхняя граница - 9 ребро, нижняя - 11 (селезенка не увеличена)

**Толстого кишечника** При пальпации --- эластичной консистенции, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, безболезненный

**Мочеполовая система**

Симптом Пастернацкого ( поколачивания ) - отрицательный

Пальпация почек - не пальпируются

Мочеиспускание - не затруднено, учащено до 10 раз в день и до 3 раз ночью

**Состояние психики и нервной системы**

Память - хорошая

Контакт с окружающими - общительный

Поведение - без особенностей

**Б. Данные исследования заболевшего участка:**

Status localis

Стопа и голень правой ноги до уровня верхней трети отечны, гиперемированы. Кожа натянута, шелушится, в складку не берется, волосяной покров обеднен. Ногти тусклые, ломкие. На правой стопе между III и IV пальцами — трофическая язва. Пульс на a. tibialis anterior между I и II пальцами стопы , a . poplitea в подколенной ямке, a.femoralis в паховой области правой нижней конечности — не определяются.

На левой стопе выявляется пастозность. На левой ноге пульс вышеперечисленных артерий пальпаторно не определяется.

Из функциональных проб на степень недостаточности артериального кровоснабжения исследован *симптом плантарной ишемии Оппеля* — побледнение подошвы стопы пораженной конечности, поднятой вверх. При тяжелой ишемии оно наступает в ближайшие 4 - 6 с. ; у данного пациента на правой конечности — через 1 с, на левой — через 6 с. и сопровождается усилением болей, что говорит о критическом уровне кровоснабжения.

Остальные пробы не выполнялись, чтобы не причинять излишних страданий пациенту.

**В. Лабораторные исследования:**

**Кровь**

16,10,98

**Биохимический анализ крови:**

* Глюкоза 4,4 ммоль\л
* Белок 8,2 г\л
* Билирубин 7,2 мкмоль\л
* альфа -амилаза 16,1 г\ч\*л

**Моча** светло-желтаая, прозрачная, удельный вес 1011, белок - 0,037 г\л , единичные лейкоциты в поле зрения

**УЗИ** 21.10.98

***Печень***: переднезадний размер правой доли 125 мм, левой — 91мм. Контур ровный, край острый. Эхогенность в пределах возрастной нормы, однородная. Сосудистый рисунок не деформирован. Воротная вена диаметром 12 мм.

Желчные протоки с утолщенными плотными стенками. Холедох диаметра до 5 мм.

Желчный пузырь изогнут в области тела, размеры 62 х 28 мм, стенка 3 мм, плотная. В полости пузыря — осадок.

Панкреатическая железа нормальных размеров 21 х 12 х 20 мм. Контуры нечеткие, эхогенность высокая, структура диффузно неоднородная.

Селезенка 76 мм, однородная.

Почки: правая 109 х 54 мм., паренхима 20 мм.

левая 108 х 58 мм., паренхима 20 мм.

Контуры неровные, подвижность сохранена. Паренхима уплотнена, границы синусов нечеткие, размытые. Слева на границе верхней и средней трети — мелкие (4мм ) кокременты.

***Заключение:*** Признаки хронического холецистита.

Диффузные изменения в почках.

Мочекаменная болезнь слева.

**ЭКГ** 16. 10. 98.

***Заключение:*** Ритм синусовый. ЧСС 74 уд\мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Метаболические изменения миокарда желудочков.

**Транслюмбальная аортография** 20.10 98.

Премедикация в палате.

Под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина 60,0 проведена пункция брюшной аорты ниже почечной артерии и выполнены 2 единицы ангиограмм. Игла выведена из аорты. Новокаиновая пробка параартериальная до 90,0 . Игла удалена. Наложена асептическая повязка. Больной переведен в палату в удовлетворительном состоянии.

***Описание:***  На ангиограмме контрастировалась брюшная аорта ( расположена срединно ), бифуркация на уровне L5 .

Справа общая подвздошная артерия неравномерно сужена. Наружняя и внутренняя подвздошные артерии, поверхностная бедренная артерия до дистальной трети — окклюзированы. Подколенная артерия четко не визуализировалась. Частично контрастировались артерии голени.

Слева окклюзированы общая подвздошная и внутренняя подвздошная артерии.Общая бедренная артерия сужена, подколенная артерия окклюзирована. Частично визуализировались артерии стопы. Слева резко выражена коллатеральная сеть, справа — слабая.

***Заключение:*** Атеросклероз аорты и сосудов нижних конечностей. Окклюзия наружней и внутренней подвздошных артерий слева. Окклюзия поверхностных бедренных артерий с обеих сторон, подколенной артерии справа.

**V. ДИАГНОЗ:**

Субьективно:

1. Судороги и боль (постоянная, ноющая) в ногах в покое. Боль усиливающаяся при ходьбе, наиболее выражена в правой конечности.

2. Перемежающаяся хромота — больной не может без остановки пройти более 50 м, из-за нарастающих болей в ногах.

3. Постепенно нарастающая отечность правых стопы , голени и левой стопы.

4. Чувство онемения в нижних конечностях, преимущественно в правой.

Обьективно:

Стопа и голень правой ноги до уровня верхней трети отечны, гиперемированы. Кожа натянута, шелушится, в складку не берется, волосяной покров обеднен. Ногти тусклые, ломкие. На правой стопе между III и IV пальцами — трофическая язва, указывающая что это IV стадия недостаточности артериального кровоснабжения ( стадия деструктивных изменений ). Пульс на a. tibialis anterior между I и II пальцами стопы , a . poplitea в подколенной ямке, a.femoralis в паховой области правой нижней конечности — не определяются.

На левой стопе выявляется пастозность. На левой ноге пульс вышеперечисленных артерий пальпаторно не определяется.

С*имптом плантарной ишемии Оппеля* — побледнение подошвы стопы пораженной конечности, поднятой вверх. При тяжелой ишемии оно наступает в ближайшие 4 - 6 с. ; у данного пациента на правой конечности — через 1 с, на левой — через 6 с. и сопровождается усилением болей , что говорит о критическом уровне кровоснабжения.

При аускультация в области терминального отдела брюшной аорты выслушивается систолический шум, что говорит о стенозе этого отдела аорты.

Отсутствие пульса при пальпации артерий стопы, подколенных и бедренных артерий на обеих ногах при сохранении пульса на брюшной аорте свидетельствует о нарушении проходимости терминального отдела брюшной аорты и подвздошных артерий ( синдром Лериша ).

Параклинически:

***Заключение транслюмбальной аортографии:***

Атеросклероз аорты и сосудов нижних конечностей. Окклюзия наружней и внутренней подвздошных артерий слева. Окклюзия поверхностных бедренных артерий с обеих сторон, подколенной артерии справа.

На основании клинических симптомов, анализа субьективных данных и результатов параклинических исследований выставлен **диагноз:**

* **Основное заболевание**: Атеросклероз. Синдром Лериша. Окклюзия поверхностных бедренных артерий с обеих сторон.
* **Осложнения:** Трофическая язва правой стопы.
* **Сопутствующие заболевания**: 1. Гипертоническая болезнь III ст.

2. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. НК I ст.

**VI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

Дифференциальный диагноз облитерирующего атеросклероза необходимо проводить с заболеваниями, имеющий одинаковый клинический исход --- недостаточность артериального кровоснабжения пораженной конечности. Это следующие заболевания: облитерирующий эндартериит, облитерирующий тромбангиит ( болезнь Бюргера ), болезнь Рейно ( ангиотрофоневроз).

1. Дифференциальный диагноз между облитерирующим атеросклерозом и облитерирующим эндартериитом.

- *природа заболевания*: аутоиммуная при ОЭ: проявление системного атеросклероза при ОА

- *пол больных*: преимущественно мужской при ОЭ; без преимущества при ОА

- *возраст:* молодой( до 40 лет ) при ОЭ; средний и пожилой ( старше 50 лет ) при ОА

- *способствующие факторы*: переохлаждения, нервные перенапряжения при ОЭ; нарушение обмена веществ, гиперхолестеринэмия при ОА

*- преимущественно поражаемые сосуды*: артерии дистальных сегментов конечностей при ОЭ; крупные сосуды (аорта, магистральные артерии ) при ОА

сосуды верхних конечностей при ОЭ; сосуды нижних конечностей при ОА

- *течение:* ремиттирующее при ОЭ; медленно прогрессирующее при ОА

- *по клинике*: зябкость круглый год при ОЭ; зябкость в холодное, влажное время года при ОА

резкие боли, появляющиеся во время ходьбы и проходящие в покое через длительное время — при ОЭ; боди при ходьбе нарастают постепенно и быстро проходят в покое — при ОА

*- сопутствующие заболевания* : ИБС, ЦВБ при ОА

2. . Дифференциальный диагноз между облитерирующем атеросклерозом и облитерирующим тромбангиитом.( болезнь Бюргера) .

- *течение*: более доброкачественное у ОА — медленно прогресирующее; более злокачественное у ОТ — ремиттирующее

- *локализация*: аорта и крупные артерии при ОА; артериальное и венозное русло ( мигрирующий тромбофлебит поверхностных вен , в период обострения возможно поражение глубоких вен) при ОТ

3. . Дифференциальный диагноз между облитерирующим атеросклерозом и болезнью Рейно (ангиотрофоневроз ).

- *пол больных*: чаще мужчины при ОА; чаще молодые женщины при БР

*- преимущественно поражаемые конечности*: нижние при ОА; верхние при БР

- *преимущественно поражаемые сосуды*: аорта и крупные артерии при ОА; мелкие концевые артерии и артериолы при БР

- *течение*: медленно прогрессирующее при ОА; приступообразное при БР

- *пульсация на артериях стоп*: отсутствует при ОА; сохранена при БР

**VII. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

**Этиология:**

Атеросклеротические поражения артерий представляют собой проявление общего атеросклероза, причины которого до сих пор до конца не изучены. Существуют разные точки зрения на этиологию атеросклероза:

1. дегенеративный и воспалительный процесс в сосудах

2. нарушение кровообращения в vasa vasorum

3. изменение химизма сыворотки крови

4. наследственная предрасположенность к нарушению обменных процессов ( гиперхолестеринемия ).

5. неправильный пищевой режим (пища, богатая жирами и бедная витаминами Е, А,С ).

6. эндокринные нарушения ( микседема )

7. интенсификация жизни, большой поток информации

8. стрессы

9. гиподинамия

10. курение

Из анамнеза заболевания и жизни данного больного можно выявить присутствие следующих факторов:

- наследственная предрасположенность — мать и бабушка страдали цереброваскулярной болезнью, что можно предположить, как проявление атеросклероза

- курение с детства

- гиподинамия

**Патогенез:**

Атеросклеротический процесс поражает преимущественно средние, рыхло связанные с окружающими тканями, артерии, особенно соответственно уровням их деления. Вэтих местах происходит изменение тока крови и стенки сосудов испытывают удар пульсовой волны во время систолы. Постепенно изменяется тонус, обеспечивающий средний диаметр артерии, из-за нарушений артериального давления и сложных специальных механизмов его регуляции. Изменяются анатомические и функциональные взаимоотношения между мышечной, фиброзной и эластической тканями, которые в норме функционируют как единая система. Исключительно важная роль в проявлении характерных для атеросклероза морфологических изменений принадлежит атеросклеротической бляжке и пристеночному тромбу. После организациии тромба и врастания его в стенку артерии соответственно этому участку утолщается интима. Атеросклеротическая бляжка и организованный тромб вызывают вначале обездвижение и сужение, затем расширение пораженного отрезка артерии. Среди механических и динамических факторов, создающих замкнутый патологический круг:

- сила систолического давления

- напряжение в артериях

- утрата эластической ткани

- атеромы и тромбы

- изменение просвета артерии

Атеросклероз характеризуется липоидным пропитыванием интимы артерий, обызвествлением и склерозом, образованием тромбов. Развивается гиалиноз, белковое пропитывание, отложение известковых бляшек во внутренней оболочке сосуда. Наступают разрывы, расщепляется внутренняя эластическая пластинка. Исчезают эластические и мышечные волокна. Происходит склероз среднего слоя артерий, затем наружнего. Просвет сосуда частично или полностью закрывается бляжками.

**VIII. ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И БОЛЬНОГО:**

Лечение данного заболевания может быть **консервативным** ( в стадию компенсации и субкомпенсации ) и **оперативным** ( при отсутствии эффекта от консервативного лечения).

1. Методы консервативного лечения:

- витамины группы В,С

- сосудорасширяющие средства ( но - шпа, солкосерил, папаверин, новокаин )

- десенсибилизирующие средства ( димедрол )

- вазопростан (экстракт внутренней оболочки артерий животных )

- гипербарическая оксигенация

- УФО крови

- плазмоферез

- диадинамические токи

- магнитотерапия

- климатотерапия

2. Симпатэктомия - операция на периферической нервной системе

3. Реконструктивная хирургия — эндартериоэктомия, профундопластика

4. Микрохирургическая операция — пересадка m. latissimus dorsi с сосудом

5. Шунтирование, пластика сосудов

- аутовеной

- гомотрансплантатом

- ксенопластика ( протез из бычьего сосуда )

- эксплантатом

6. Ампутация пораженной конечности

Больной получил курс консервативного лечения для улучшения метаболизма тканей в пораженных конечностях, которое можно рассматривать как часть предоперационной подготовки.

- трентал 1 таблетка 3 р. д.

- тоолипол 1 таблетка 3 р. д.

- ксантина никонат 2,0 в\ м 15 доз

- физ р-р. 400 мл, трентал 5.0, папаверин 2.0 в\ в

- анальгин 2. 0, димедрол 1.0 в\ м на ночь

Состояние больного стабилизировалось и появилась возможность для проведения оперативного лечения.

Выбрана операция шунтирования окклюзированных отделов артерий:

*Аутобедренное бифуркационное шунтирование эксплантатом. Аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование справа.*

Шунтирование, в данном случае, — единственный способ в попытке сохранить конечность, так как другие методы оперативного лечения не дадут необходимого эффекта:

- симпатэктомия — из-за далеко зашедшего процесса и нечувствительности сосудов нижних конечностей норадреналину

- эндартериоэктомия — не возможна из-за поражения протяженных отделов сосудов.

**IX.ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАИИ: Показания к операции :**

**-** Нарушение трудоспособности

- Критическая ишемия нижних конечностей

- Неэффективность консервативных методов лечения

- Реконструктивная пластика сосудов — единственный способ в попытке сохранить нижние конечности.

**Противопоказания относительные:**

- ИБС. Постинфарктный кардиосклероз, НК I.

**X. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ:**

В подготовительном периоде больной получал хорошее питание.

Премедикация.

Накануне операции произведена подготовка кишечника ( очистительная клизма), тела ( помывка ), операционные поля выбриты и обработаны 96% медицинским спиртом.

Психологическая беседа с больным для поддержания его веры в благоприятный исход операции.

**XI. ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ.**

**№ 542 Дата** 28. 10. 98. **Часы** 10: 00 - 13: 20

**Анестезия**  общий наркоз

*Название:* Аутобедренное бифуркационное шунтирование эксплантатом. Аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование справа.

*Ход операции:*

Больной введен в общий наркоз. Подключен аппарат "Полинаркон" и кардиомонитор.

Операционное поле обработано раствором йодопирола.

Ревизия бедренных артерий с обеих сторон: общие артерии мягкие, поверхностные окклюзированы. Просвет сохранен.

Большая подкожная вена адекватна. Забор аутовены. Типичная обработка — очистка, промывка, зашиты негерметичные участки.

Ревизия терминального отдела аорты срединной лапаротомией : аорта пульсирует, в просвете большое количество тромботических масс. Аортотомия. Тромбы, атероматозные бляшки удалены. Получен адекватный магистральный кровоток.

Выполнено аорто-бифеморальное шунтирование эксплантатом.

Справа выполнено аутовенозное протезирование: проксимальный анастомоз конец в конец с культей наружней бедренной артерии и конец в бок с подколенной артерией. Восстановлен кровоток.

Гемостаз перекисью водорода.

Послойное ушивание ран.

Дренирование забрюшинного пространства эластическими трубками через бедренные доступы, резиновыми выпускниками через подколенные доступы. Послойные швы на раны.

Асептическое бинтование.

Хирурги: Савельев И.О., Дворянинов А.Н., интерн, интерн.

Анестезиолог: Попов Д.В.

**ДНЕВНИК:**

19 октября

Состояние средней тяжести. Температура 36,7 -У; 36,8 - В

Жалобы на боли и отечность ног, бессонницу, усталость. Настроение подавленное. Аппетит плохой.

20 октября

Состояние средней тяжести. Температура 36,5 -У; 36,8 - В

Жалобы на боли , бессонницу, усталость, медленно прогрессирующую отечность ног. Настроение подавленное. Аппетит плохой.

Проведена транслюмбальная аортография. Состояние после исследования не ухудшилось.

21 октября

Состояние средней тяжести. Температура 36,4 -У; 36,7 - В

Жалобы на боли , бессонницу, усталость, медленно прогрессирующую отечность ног. Настроение подавленное. Аппетит плохой.

Проведено УЗИ внутренних органов.

22 октября

Состояние средней тяжести. Температура 36,6 -У; 36,7 - В

Жалобы на боли , бессонницу, усталость, медленно прогрессирующую отечность ног. Настроение подавленное. Аппетит плохой.

**XIII. ЭПИКРИЗ**

**Ф.И.О.** Будников Юрий Алексеевич

**Время поступления**  15 окт 1998 г.

**Пол** мужской

**Возраст** 60 лет

**Профессия, место работы** прессовщик на заводе резиновой обуви, на пенсии

**Диагноз при поступлении:** Облитерирующий атеросклероз.Синдром Лериша.

2. Morbus ishemicus cordis. Cardiosklerosis post infarctо.

*Жалобы при поступлении*:

* судороги и боль (постоянная, ноющая) в ногах в покое. Боль усиливающаяся при ходьбе, наиболее выражена в правой конечности. Перемежающаяся хромота — больной не может без остановки пройти более 50 м, из-за нарастающих болей в ногах.
* Постепенно нарастающая отечность правых стопы , голени и левой стопы.
* Чувство онемения в нижних конечностях, преимущественно в правой.
* Бессонница последние 2 недели, связанная с постоянными болями в ногах.
* Общая слабость.

2*. Начало и дальнейшее развитие заболевания:*

Пациент считает себя больным с 1987 г. когда он стал замечать появление сильных ноющих болей в ногах при ходьбе на расстояние более 1 км..

В 1989 г. больной обратился в ОКБ из-за усилившихся болей. Он был обследован в отделении сосудистой хирургии, где поставили диагноз " Облитерирующий атеросклероз терминального отдела аорты" и было назначено консервативное лечение — Трентал, Солкосерил — амбулаторно. Однако лечение полностью не проводилось,

В начале октября 1998 г. боли в ногах, особенно в правой, стали интенсивнее и наблюдаются даже в покое, нарушая сон (пациент почти не спит ), возникла отечность правой стопы и голени , а также появилась небольшая отечность левой стопы. В связи с резким ухудшением состояния 15. 10. 98 больной был госпитализирован в отделение сосудистой хирургии Областной клинической больницы г.Томска.

Больной был обследован, ему выполнены анализы мочи, крови УЗИ внутренних органов, ЭКГ и исследование сосудов (транслюмбальная аортография ).

На основании клинических симптомов, анализа субьективных данных и результатов параклинических исследований выставлен диагноз:

**Клинический диагноз:**

* **Основное заболевание**: Атеросклероз. Синдром Лериша. Окклюзия бедренно-подколенного сегмента с обеих сторон.
* **Осложнения:** Трофическая язва правой стопы.
* **Сопутствующие заболевания**: 1. Гипертоническая болезнь III ст.

2. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. НК I ст.

Пациенту предложено оперативное лечение на которое он дал согласие.

Выбрана операция шунтирования окклюзированных отделов артерий:

*Аутобедренное бифуркационное шунтирование эксплантатом. Аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование справа.*

**Показания к операции :**

**-** Нарушение трудоспособности

- Критическая ишемия нижних конечностей

- Неэффективность консервативных методов лечения

- Реконструктивная пластика сосудов — единственный способ в попытке сохранить нижние конечности.

**Противопоказания относительные:**

- ИБС. Постинфарктный кардиосклероз, НК I.

**28.10.98**. назначенная операция успешно выполнена. Получен адекватный магистральный кровоток с артериях нижних конечностей.

Постоперационных осложнений не наблюдалось. Состояние больного в послеоперационном периоде соответствует сложности оперативного вмешательства.

Наблюдается положительная динамика в состоянии пораженных конечностей: медленно регрессирует отек стоп и правой голени.

При амбулаторном продолжении реабилитации необходимо регулярное наблюдение у ангиохирургов, диета с пониженным содержанием холестерина, отсутствие тяжелых физических нагрузок.

**Список используемой литературы:**

1. Альбицкий Б.А. "Клинические лекции по хирургическим болезням." г.Томск, Издательство ТГУ 1976 г.

2. Бондарчук А.В. "Заболевания периферических сосудов" Издательство "Медицина" Ленинград 1969 г.

3. "Хирургические болезни" под ред. Кузина М.И. "Медицина" Москва 1986 г.

4. Покровский А.В. "Клиническая ангиология", серия БПВ, "Медицина", Москва 1979 г.

5. Шульц Ю.Ф. " Латинский язык и основы терминологии", "Медицина", Москва 1982 г.

**Полученные практические навыки:**

Ассистенция на операции "Склерозирование большой подкожной вены ноги препаратом Этоксисклерол при варикозной болезни" — прессия вены, накладывание асептической повязки и тугое бинтование конечности.

Курация больного с сосудистой патологией ( **Основное заболевание**: Атеросклероз. Синдром Лериша. Окклюзия поверхностных бедренных артерий с обеих сторон.)